

＜対象者＞

- ① 接種日において生後6月以上18歳以下の者（平成14年4月2日以後に出生した者に限る。）
- ② 接種日において母子健康手帳を有する妊婦
- ③ 接種日において重度心身障がい者医療費助成制度の対象である者

記入例

様式第2号（第7条関係）

R2年 11月 30日

- ・対象者①は保護者
 - ・対象者②は被接種者本人
 - ・対象者③は被接種者本人または保護者
- 【申請者（助成対象者）と下記の振込先口座名義人が一致しているかを確認】

申請者（助成対象者）
 住所 甲斐市篠原2610番地
 氏名 甲斐太郎
 電話番号 090-1234-5678

必ず印鑑を！
ないものは受付できません

甲斐市インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書

甲斐市任意インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、
の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 接種対象者

氏名	生年月日	接種時の年齢	インフルエンザワクチン接種日
甲斐 花子	H22年 8月 13日	10歳 2月	1回目 R2年 10月 28日
		10歳 3月	2回目 R2年 11月 18日
甲斐 元気	H17年 9月 10日	15歳 1月	1回目 R2年 10月 28日
		歳 月	2回目 年 月 日
	年 月 日	歳 月	1回目 年 月 日
		歳 月	2回目 年 月 日
	年 月 日	歳 月	1回目 年 月 日
		歳 月	2回目 年 月 日

※1回の接種の人は1回目のみ記入

2 助成金額(市が記入)

9,000 円

※ 領収書の金額を確認し、記入をしてもらってください。訂正印は不可！
助成金額は、1回上限3,000円、上限に満たないときは当該予防接種費用額

3 振込先

金融機関名	甲斐市民銀行	本支店名	甲斐市役所支店
種別	普通 当座	口座番号	123456
(フリガナ) 口座名義人	カイ タロウ 甲斐 太郎		

申請者（助成対象者）と振込先口座名義人が一致しているかを確認

(注意事項)

- 1 申請期限：接種した年度の2月28日まで
- 2 添付書類：インフルエンザ予防接種を受けたことがわかる領収書の写し
- 3 振込口座は接種者本人、接種者が子どもの場合は保護者