

小山市予防接種費助成金交付申請書兼請求書
（子ども・妊婦の方 インフルエンザ用）

小 山 市 長 様

申請者兼請求者 住 所
氏 名
電 話

下記のとおりワクチン接種を受けたので、小山市予防接種費助成事業実施要綱第 6 条第 2 項の規定により助成金の交付を申請します。

なお、審査に必要な事項についての確認を受けることに同意します。

接種者名	(フリガナ)		(生年月日)		(接種時年齢)
			年 月 日	男・女	歳
接種を受けた医療機関	(住所) (医療機関名)				
接種内容	ワクチン名	インフルエンザワクチン		接種を受けた日	年 月 日
	今年度の接種回数 (今年度の初回接種を生後 6 ヶ月～13 歳未満で受けた場合)	1 回目・2 回目 (※どちらかに○)			
助成金交付申請額				円	
振込先	金融機関名	銀行 農協 金庫		支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	口座名義人	(フリガナ)			

※ 振込先は、原則、保護者または本人の口座でお願いします。

※ 申請は、ワクチン接種を受けた翌月の 10 日までに行ってください。

(添付書類)

- (1) ワクチン接種に係る医療機関の領収書（写し可）
- (2) ワクチン接種に係る医療機関の予診票（写し可）

(助成金交付申請額)

1 回につき 2,000 円です。ただし領収書の金額が 2,000 円を下回る場合は、領収金額を上限とします。

(助成対象者)

小山市に住所がある方で、以下のどちらかに該当する方です。

- (1) 生後 6 ヶ月～高校 3 年生相当の年齢の方
- (2) 妊婦の方

(助成期間)

年度内の 10 月 1 日～年 2 月末日の接種