

様式第 1 号（第 6 条関係）

（表）

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

あきる野市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

あきる野市小児インフルエンザ予防接種費用助成金の交付について、あきる野市小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第 6 条第 2 項の規定により、関係書類を添えて下記のとおりに申請します。

記

1 被接種者（該当する□にレ印を付けてください。）

フリガナ			生年月日	年 月 日
氏 名				
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。	(〒 -)		
そ の 他	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯			

2 予防接種の内容

ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 注射用 H A ワクチン <input type="checkbox"/> 経鼻生ワクチン		
接種年月日 及び接種費用 (申請分のみ記載してください。)	1 回目		2 回目
	年 月 日		年 月 日
	円		円
交付申請額	円		
接種を受けた 医療機関	名 称		
	所 在 地		
	電話番号		

(裏)

3 同意事項（該当する□にレ印を付けてください。）

申請に係る審査をするため、被接種者の住民情報について市の公簿で確認すること。	<input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。
同意することにより、被接種者の住民票の写しの添付を省略できます。	
市が接種費用の支給に必要な範囲内で、医療機関等に調査を行うこと。	<input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。
同意しない場合は、接種費用の領収書等の原本が必要です。	

4 添付書類

- (1) 被接種者の住民票の写し（接種日において市内に住所を有することが確認できるもの）
- (2) 被接種者との関係が確認できる書類の写し（住民票の写しで確認ができない場合のみ）
- (3) 接種費用の領収書等（紛失し、再発行等を受けられない場合は、医療機関等に調査を行うことについての同意が必要です。）
- (4) 被接種者が第3条第3項各号に該当することを証する書類（生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援給付受給世帯に属する場合のみ）
- (5) 市長が必要と認める書類