第１号様式

記入例

インフルエンザに係る予防接種費助成申請書

令和　5年●●月●●日

（あて先）成田市長

申請者　住　　所　成田市花崎町760
（保護者）氏　　名　成田　花子　㊞
電話番号　0123-45-6789

インフルエンザの予防接種に係る自己負担額の助成を受けたいので，次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ	ナリタ　ミライ	生年月日	●●●年●●月●●日（和暦/西暦どちらも可）
	氏名	成田　みらい		
	任意接種	(1.) 生後6ヶ月から中学3年生まで 2.　妊婦（母子健康手帳交付者）		
	予防接種を受けた年月日	1回目　令和　5　年　●●　月　●●　日		
		2回目　令和　5　年　●●　月　●●　日		
	助成申請額	1回目　●●●●　円	予防接種に要した費用	1回目　●●●●　円
		2回目　●●●●　円		2回目　●●●●　円
振込先口座	金融機関名	●●　(銀行)　信用金庫　農協　●●　本店　(支店)　支所		
	預金種別	(普通)・当座		
	口座番号	1234567		
	フリガナ	ナリタ　ハナコ		
	口座名義人	成田　花子		

㊞

申請書の審査のため、住民基本台帳等を確認することについて承諾します。

承諾者氏名（自署）　成田　花子　㊞

記入内容をご確認ください。

① 申請者・口座名義人・承諾者氏名は同じ名前（妊婦の助成＝本人、子どもの助成＝保護者）ですか。
（申請者と口座名義人が異なる場合、申請者の委任状が必要です。）

② 助成申請額と予防接種に要した費用の記入は正しいですか。
（助成申請額は「予防接種に要した費用と2,000円のいずれか低い金額」を記入します。健康保険組合等、他の制度で接種費用の助成を受けた場合は、医療機関に支払った料金からその助成額を控除した額が予防接種に要した費用となります。）