

小山市予防接種費助成金交付申請書兼請求書  
（65歳以上の方 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	年 月 日	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	
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、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）
- (3) 通帳の振込先がわかる箇所の写真（振込先確認のため）

※通帳を添付いただいた場合は、上記振込先の記入の必要はありません。

(助成金交付申請額)

接種費用から **1,300 円**（小山市の自己負担額）を引いた額です。ただし助成額は最大 **3,848 円**までのため、それを超えた額は申請できません。

(助成対象者)

小山市に住所があり、同年度内にインフルエンザの助成を受けていない方で、以下のどちらかに該当する方です。

- (1) 満 65 歳以上の方
- (2) 満 60 歳～64 歳までの身体障害者手帳 1 級をお持ちの方（ただし、心臓、腎臓、呼吸器又は免疫の機能障害に限る）

(接種期間)

年度内の 10 月 1 日～3 月末日の接種の 1 回のみ

こちらに通帳の写しを貼り付けてください。  
(銀行名・支店名・口座番号・口座名義が分かるページ)