

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。

フリガナ		男・女	(生年月日)		(接種時年齢) 歳
接種者 氏名			年 月 日		
接種を受けた 医療機関	(住所)				
	(医療機関名)				
ワクチン名	インフルエンザワクチン	接種日	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		
	フリガナ				
	口座名義人				

※ 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初日から 1年以内に行ってください。

## 【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し(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。

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)

【助成対象者】

小山市に住民登録があり、同年度内のインフルエンザワクチン接種費用の助成を受けていない方で、以下のいずれかに該当する方

- (1) 満 65 歳以上の方
- (2) 満 60 歳～64 歳までの心臓・腎臓または呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活が極度に制限される方、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方

【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

※ただし、助成限度額は3,848円とする。

【接種期間】

年度内の 10 月 1 日～3 月末日