

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。

フリガナ		男・女	(生年月日)		(接種時年齢)
接種者 氏名			年 月 日		歳
接種を受けた 医療機関		(住所)			
		(医療機関名)			
今年度の接種回数 (今年度の初回接種を生後6ヵ月～13歳未満で受けた場合)		1回目・2回目 (いずれかに○)		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)

【助成対象者】

小山市に住民登録がある方で、生後6ヵ月～高校3年生相との年齢の方

【助成金交付申請額】

1回につき2,000円

※ただし、領収書の金額が2,000円を下回る場合は、領収金額を上限とする。

【助成期間】

年度内の10月1日～3月末日の接種

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)