様式第３号（第１１条関係）

射水市こども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

射水市長あて

申請者（被接種者または保護者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（日中連絡のとれる番号を記入ください。）

射水市こども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記の事項に同意の上、関係書類を添えて申請（請求）します。

記

１ 助成金の交付要件を確認するため、市が申請者の個人情報を確認すること。
２ 申請の内容について、市が医療機関に確認すること。

被接種者（予防接種を受けた方）　※5 人以上の申請がある場合、用紙を追加してください

氏名		生年月日	年　月　日	続柄		区分	未就学児・小学生・中学生・高校生相当・妊婦	
接種年月日	年　月　日	接種料金	円	接種回数	１回目・２回目	助成額（※市で記入）	□ 3,000 円 □ 6,000 円 □（　　円）	
				種類	注射 ・ 経鼻			
氏名		生年月日	年　月　日	続柄		区分	未就学児・小学生・中学生・高校生相当・妊婦	
接種年月日	年　月　日	接種料金	円	接種回数	１回目・２回目	助成額（※市で記入）	□ 3,000 円 □ 6,000 円 □（　　円）	
				種類	注射 ・ 経鼻			
氏名		生年月日	年　月　日	続柄		区分	未就学児・小学生・中学生・高校生相当・妊婦	
接種年月日	年　月　日	接種料金	円	接種回数	１回目・２回目	助成額（※市で記入）	□ 3,000 円 □ 6,000 円 □（　　円）	
				種類	注射 ・ 経鼻			
氏名		生年月日	年　月　日	続柄		区分	未就学児・小学生・中学生・高校生相当・妊婦	
接種年月日	年　月　日	接種料金	円	接種回数	１回目・２回目	助成額（※市で記入）	□ 3,000 円 □ 6,000 円 □（　　円）	
				種類	注射 ・ 経鼻			
接種料金合計(税込)	円	助成額計（※市で記入）	円	接種回数の上限 注射：未就学児・小学生は２回まで 中学生以上は１回まで 経鼻：１回まで（妊婦除く）				

添付書類	１予防接種料金を支払ったことを証する書類（**領収書で被接種者氏名、医療機関名、予防接種の種類、接種日、領収金額、領収印が明記してあるもの**） ２振込口座が確認できる預金通帳の写し（口座番号、氏名など記載ページ） ３妊婦の方は母子健康手帳の写し ４その他

◎　助　成　期　間：令和８年１０月１日(木)～令和９年１月３０日(土)

◎　申請・請求期限：令和９年２月２６日(金)

振込先

金融機関名	支店等名	預金種別	口座番号(右づめ)	口座名義（フリガナ）
銀行 組合 金庫 農協	支店 支所	□普通 □当座		

金融機関コード				支店コード		

※申請者の口座を記入ください。（妊婦は本人の申請となります。）

※被接種者が１８歳で本人が申請しない場合、委任状が必要です。