様 **記入例** 条関係）

市外医療機関で接種した時に使用（償還払い用）

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　射水市　×××△△▼▼

氏　名　**射水　太郎**

電　話　〇〇〇－〇〇〇〇－〇〇〇〇

（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	**射水　花**	生年月日	令和〇〇年　×月　△日	続柄	子	区分	未就学児・小学生・中学生・高校生相当・妊婦	
接種年月日	令和△年△月△日	接種料金	〇,〇〇〇　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）	市が記入
				種類	注射・経鼻			
氏名	**射水　海**	生年月日	平成〇〇年　×月　△日	続柄	子	区分	未就学児・小学生・中学生・高校生相当・妊婦	
接種年月日	令和△年△月△日	接種料金	〇,〇〇〇　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）	市が記入
				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)	〇,〇〇〇　円	助成額計（※市で記入）	市が記入　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	×	×	×	×	×	×	×	イミズ　タロウ

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。