

米沢市小児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

米沢市長あて

米沢市小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、米沢市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付について関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、当該補助金交付決定に関し、住民基本台帳について調査すること及び申請内容について医療機関等に照会することに同意します。

令和 年 月 日

申請者	住所 (原則、住民登録がある住所)	〒(—)			
	氏名	フリガナ			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
	被接種者から見た続柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()			
連絡先		— —			
被接種者	氏名 (予防接種を受けた方)	フリガナ			
	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)			
	住所(米沢市住所)	申請者に同じ ・ 米沢市			
保護者氏名		申請者に同じ ・ 被接種者との関係()			
予防接種の種類		接種年月日	窓口負担額 (A)	※助成上限額 (B)	申請(請求)額 (AとBのうち少ない額)
1		年 月 日	円	円	円
2		年 月 日	円	円	円
				申請(請求)合計額	円

※助成上限額(B)について

・助成額は下記の助成上限額または医療機関が定める接種費用のうちいずれか少ない方の額です。

・インフルエンザHAワクチン(不活化ワクチン/注射)と経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(生ワクチン/鼻腔内噴霧)のどちらか一方のみです。

ワクチン種類	年齢	助成上限額(B)
インフルエンザ HA ワクチン (不活化ワクチン)【注射】	1回目の接種日において、 生後6カ月～12歳【2回接種】	1回 1,500 円 (1人につき2回まで)
	接種日において、 13歳～中学3年生【1回接種】	1回 1,500 円
経鼻弱毒生インフルエンザワクチン (生ワクチン)【経鼻】	接種日において、 2歳～中学3年生【1回接種】	1回 3,000 円

振込先									
金融機関名				預金種別	普通 ・ 当座				
銀行	店			口座番号					
金庫	支店								
組合	出張所								
口座名義人	(フリガナ)								
	(漢字)								

【注意事項】

- ・市外医療機関等の委託医療機関以外で、定められた期間(毎年10月1日から翌年1月31日まで)に小児インフルエンザ予防接種を自己負担で接種された場合に、予防接種費用に係る補助金交付申請及び請求ができます。
- ・補助金の振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座を記入してください。
- ・**補助金の申請期限は、接種日が属する年度の末日(令和9年3月31日) までとなります。**

【添付書類】

	詳細
小児インフルエンザ予防接種の記録が確認できる書類	「母子健康手帳の表紙と予防接種記録欄の写し」 または、「予防接種済証」 *接種日、ワクチン名の記載のあるもの
小児インフルエンザ予防接種の費用負担が確認できる書類	「領収書（原本）」または「支払証明書」 *医療機関等が発行したもの。（レシートは不可） *被接種者の氏名、接種年月日、接種ワクチン名、支払い金額、医療機関名が記載されているもの。 *領収印があるもの。
申請者名義の振込先通帳	*金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できる部分の写し

下記は領収証及び診療明細書がない場合に記入

医療機関の皆様へ

この申請書兼請求書は、市外医療機関等で小児インフルエンザ予防接種を自己負担で接種した場合、接種後に小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付を米沢市へ申請及び請求するものです。

申請者からの依頼がありましたら、下記項目について記入くださいますようお願いいたします。

支払証明書

予防接種種類・回数	接種年月日	領収金額
	年 月 日	円
	年 月 日	円

年 月 日

医療機関名等名称及び所在地

電話番号

開設者または病院長名

印