

別記様式（第4条関係）

毛呂山町子どもインフルエンザ予防接種事業
補助金交付申請書兼請求書

フリガナ					
被接種者					
生年月日	令和・平成 年 月 日生（満 歳）				
住所					
接種の状況	インフルエンザ HA ワクチン	1 回 目 の 接 種	接種年月日	年 月 日	
			接種医療機関名		
			接種に要した費用	円	
		2 回 目 の 接 種	接種年月日	年 月 日	
			接種医療機関名		
			接種に要した費用	円	
	経鼻弱毒生インフルエンザ ワクチン	接種年月日	年 月 日		
		接種医療機関			
		接種に要した費用	円		
接種に要した費用	計 円				
補助金額	円				
毛呂山町子どもインフルエンザ予防接種事業補助金交付要綱第4条の規定に基づき申請します。					
年 月 日 （宛先）毛呂山町長 申請者 住 所 （保護者） 氏 名 被接種者との続柄 電 話 振込先金融機関名					
銀行・信用金庫・農協			預金種類	普通 ・ 当座	
本店 ・ 支店			口座番号		
フリガナ					
口座名義人					

（注1） 補助金の額は、インフルエンザ HA ワクチンの場合、1回目の接種は3,000円、2回目の接種は2,000円とし、経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの場合、接種は1回とし、5,000円とする。ただし、1回の予防接種に要した費用が補助金の額未満の場合はその額とする。

（注2） 上記の領収書に予防接種した子どもの氏名と「インフルエンザ予防接種」の名称がない場合は支払できません。

（注3） 振込先金融機関は銀行、信用金庫又は農協のみとし、口座名義は保護者名義のものに限ります。