

記入例

償還払(保護者申請)

寝屋川市年少児のインフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

(あて先) 寝屋川市長

インフルエンザワクチンの接種費用助成について、寝屋川市年少児インフルエンザワクチン接種費用の助成に関する要綱第6条第1項の規定により次のとおり申請します。また申請にあたり、私は暴力団員又は暴力団の密接な関係者でないことを誓約します。

なお、寝屋川市がこの請求に必要な住民基本台帳に関する情報及び医療機関等に対する確認を行うことについて同意します。

申請・請求者 〒 572-0832

住 所 本町1番1号

氏 名 寝屋川 花子

電話番号 ()

※接種したお子様の保護者
(申請者)のお名前・住所。

住 所	寝屋川市本町1番1号		
(フリガナ)	ネヤガワ タロウ	ネヤガワ サクラ	
被接種者名	寝屋川 太郎	寝屋川 さくら	
生年月日	平成令和 23年7月10日	平成令和 4年5月1日	平成 年 月 日
申請時の年齢	14歳 5 か月	3歳 7 か月	歳 か月
接種回数 ※申請される分だけ、記入してください。			
1 回 目	接種日	令和 7年 1 1 月 1日	令和 7年 1 1 月 1日 令和 年 月 日
	医療機関名	〇〇病院	〇〇病院
2 回 目	接種日	令和 年 月 日	令和 7年 12 月 1日 令和 年 月 日
	医療機関名		〇〇病院
助成金額		1500	3000 円
合計金額		4,500円	
振込先 銀行口座等	※口座名義人が申請・請求者と異なる場合は、口座名義人に受領権限を委任したものとします。		
金融機関名			
支店・口座番号	支店名 (支店) 普通・当座 NO.		
(フリガナ)			
口座名義人			

※補助金の対象となる接種日は「令和7年10月1日～令和8年1月31日」

※6か月～13歳未満:2回
13歳以上:1回
※点鼻薬の場合は2歳～1回

※助成金額は、窓口で負担な
さった金額ではありません。

助成金額の上限は1回1,500円
又は点鼻薬の場合は1回のみ
3000円。医療機関で支払った
金額が1回1,500円未満の場合
は実費分でのご請求となりま

※添付書類 当該予防接種に係る領収書（被接種者氏名、接種年月日、予防接種名、接種費用額、接種医療機関名と押印のあるものに限る。）

市記載欄

年 月 日	受 付 者	確認欄	
令和 年 月 日		☐ 領収書 ☐ 運転免許証 ☐ 予防接種済証 ☐ その他 ()	☐ 母子健康手帳 ☐ 健康保険証 ☐ マイナンバーカード