

様式第2号（第4条関係）

斑鳩町子ども・妊婦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

年 月 日

斑鳩町長 様

申請者住所

氏名

電話番号

斑鳩町子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第4条第2項の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

被 接 種 者	フリガナ		接種回数	回目
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）		
	住 所			
	（妊婦の場合）出産予定日 年 月 日		※斑鳩町 記入欄	母子健康手帳 確認済
接種医療機関名		接種年月日	年 月 日	
請 求 金 額	金 円			

斑鳩町子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成金を下記の口座へ振り込んでください。

	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	本 店 支 店	預金	普通預金
			種別	当座預金
口 座 番 号		口 座 名義人	フリガナ	

【必要書類】

- ・ワクチン接種の費用を支払ったことを証する領収書（被接種者氏名、接種年月日、ワクチン名、領収金額、接種医療機関名が記載され領収印のあるものに限る。）
- ・母子健康手帳の予防接種記録欄の写し又は予防接種の接種済証の写し
- ・妊婦の場合は、母子健康手帳を持参すること

請求期間は令和8年3月31日(火)まで
※接種日から、できるだけ1か月以内に手続きをしてください。

＜ 記 入 方 法 ＞

斑鳩町子ども・妊婦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

斑鳩町長 様

申請者は保護者の方の氏名をご記入ください。
※ただし、満18歳の高校3年生または妊婦の方は予防接種を受けられた方の氏名をご記入ください。

申請者住所 斑鳩町小吉田1丁目12番35号
氏名 斑鳩 一郎
電話番号 〇〇-〇〇〇〇

斑鳩町子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第4条第2項の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

被接種者	フリガナ	イカルガ タロウ		接種回数	〇 回目
	氏 名	斑鳩 太郎			
	生年月日	〇〇〇 年 〇月 〇日 (〇歳〇か月)			
	住 所	斑鳩町小吉田1丁目12番35号			
	(妊婦の場合) 出産予定日 年 月 日			※斑鳩町記入欄	母子健康手帳確認済
接種医療機関名	〇〇〇〇〇		接種年月日	令和〇年 〇月 〇日	
請求金額	金 〇〇〇 円				

斑鳩町子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成金を下記の

〇〇〇〇〇〇	銀 行	〇〇〇	本 店	種別	当座預金
	信用金庫				
	信用組合			支 店	
	協同組合				
口 座 番 号	〇〇〇〇〇		口 座 名義人	フリガナ イカルガ タロウ 斑鳩 太郎	

助成額の上限は2,000円です。
(例)・接種費用が
3,500円の場合は2,000円
・1,500円の場合は1,500円

【必要書類】

- ・ワクチン接種の費用を支払ったことを証する領収書 (被接種者氏名、接種年月日、ワクチン名、領収金額、接種医療機関名が記載され領収印のあるものに限る。)
- ・母子健康手帳の予防接種記録欄の写し又は予防接種の接種済証の写し
- ・妊婦の場合は、母子健康手帳を持参すること

問合せ
斑鳩町保健センター(生き生きプラザ斑鳩内)
電話 0745-70-0001