

申請者（満2歳から当該年度の末日の時点まで満18歳の児童の保護者）→ 医療機関 → 町

様式第2号（第8条関係）

年 月 日

上市町長 宛て

申請者 住所

氏名 (署名)

電話番号

上市町児童インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（経鼻ワクチン）

上市町児童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、上市町児童インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、当該助成金の請求及び受領委任払について、協力医療機関（予防接種を実施した医療機関。以下同じ。）に委任します。

また、上市町長がこの申請の内容を確認するため、インフルエンザ予防接種を受ける児童の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

| | | | |
|------------|--|-----|---------------|
| 交付申請額 | 5,000円 | | |
| 予防接種を受ける児童 | 住 所 | 上市町 | 申請者と同じ場合、記入不要 |
| | ふりがな | | |
| | 氏 名 | | |
| | 生年月日 | | |
| 確認事項 | 以下に該当します。（該当する□欄に✓印を記入してください。） □ 予防接種を受ける児童が上市町に住所を有している。 | | |

備考

- 助成金の額は、インフルエンザ予防接種に要する経費の全額とし、1回の予防接種につき5,000円が上限となります。
- 助成の対象となるインフルエンザ予防接種は、任意の予防接種です。保護者の方は、ワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で、児童に接種を受けさせてください。
- インフルエンザ予防接種については、ワクチンの供給不足等により接種できない場合があります。

（医療機関記入欄）

| | |
|-----------|-------------------------|
| 予防接種を行った日 | 協力医療機関 |
| 年 月 日 | 医療機関名及びその所在地並びにその代表者の氏名 |