

子どもインフルエンザ予防接種助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

いわき市長 様

予防接種助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請及び請求をします。

被接種者	フリガナ 氏 名					
	生年 月 日	平成・令和	年	月	日 (	歳 か月)
	住 所	〒 いわき市				
請求者 (保護者)	氏 名	続柄 ()				
	電話 番号					
区 分		接 種 日	実施医療機関	支 払 額	助 成 金 額	請 求 金 額
(皮下接種) 6 か月 から 13 歳未満	1 回目	年 月 日		円	2,000 円	円
	2 回目	年 月 日		円	2,000 円	円
(皮下接種) 13 歳以上	1 回	年 月 日		円	2,000 円	円
(経鼻接種) 2 歳以上	1 回	年 月 日		円	2,000 円	円
合計金額						円

※ 請求金額は、市の助成金額が上限です。支払額と助成金額のいずれか低い金額を記入してください。

振込先	銀行・農協・信用組合 信用金庫・労金		支店・本店 支所・出張所		振込金額 円		
	フリガナ		口座番号(左詰めで記入)				
	口座名義人 氏 名						

市記入欄

() 地区保健福祉センター 確認欄	こども家庭課 確認欄
☐ 医療機関発行の領収書・明細書の写し ☐ 母子(親子)健康手帳の写し(出生証明、接種の記録を確認) ☐ 記録後の予診票(1枚目の市提出用) ☐ 請求者の口座名義の通帳の写し(銀行名・支店・口座番号・氏名確認)	こども家庭課受理日 年 月 日

子どもインフルエンザ予防接種償還払い請求について

- いわき市では、市外医療機関等で接種を行った場合にも、接種料金の一部助成を行います。

1 償還する金額

1回 2,000円 (①皮下接種：13歳未満の方は2回接種分、13歳以上の方は1回接種分 ②経鼻ワクチン：2歳以上の方1回接種分)

※ ただし、対象者1人に対し、①・②いずれか一方のみの助成となります。

2 対象となる方

いわき市に住所を有する、生後6か月から中学3年生までの方

3 申請について

- ・ 各地区保健福祉センターへ必要書類を添えて申請手続きをしてください。
- ・ 助成対象料金は、指定された口座に支払われます。

【申請書類】

子どもインフルエンザ予防接種助成金交付申請書兼請求書
(各地区保健福祉センターの窓口を設置してあります。)

＜添付書類＞

- ① 医療機関発行の領収書（被接種者の氏名が明記されたもの）又は、支払証明書の写し
- ② 記録後の予診票（1枚目の市町村提出用）
- ③ 母子（親子）健康手帳（接種の記録を確認します。）の写し
- ④ 請求者の口座名義の通帳の写し（銀行名、支店名、口座名義人名の記載のあるページ）
※ ゆうちょ銀行の場合は、振込み口座として店番の記入が必要です。

4 申請場所（各地区保健福祉センター 健康係）

平地区 保健福祉センター	22-7621	小名浜地区 保健福祉センター	54-2111
勿来・田人地区 保健福祉センター	63-2111	常磐・遠野地区 保健福祉センター	43-2111
内郷・好間地区・三和 保健福祉センター	27-8692	四倉・久之浜大久 地区保健福祉センター	32-2114
小川・川前地区 保健福祉センター	83-1329		

5 申請受付期間

接種後は速やかに申請してください。年度内（3月末日）までの申請となります。