様式４

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※３
皮下 ※１	１回目	年　月　日		円	2,000 円	円
	２回目	年　月　日		円	2,000 円	円
経鼻 ※２		年　月　日		円	4,000 円	円
					合計金額	円

※１　生後６か月～13 歳未満：２回、13 歳以上～中学３年生：１回

※２　２歳以上～中学３年生：１回

※３　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	
	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

（□平　□小名浜　□勿来 □常磐　□内郷　□四倉　□小川）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） □　接種日の住民票確認	こども家庭課受理日 年　　月　　日 振込金額 円

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

皮下接種：１回　２，０００円　（13歳未満の方は２回接種分）
経鼻接種：１回　４，０００円

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に設置してあります。）

＜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。

問い合わせ先：こども家庭課　母子保健係　電話２７－８５９７