

令和4年度 富谷市子どもインフルエンザワクチン任意接種費用助成申請書兼報告書

令和 年 月 日

富谷市長 あて

1 申請者名（保護者名）※自書の場合は押印不要。

氏名 (フリガナ)	住所	富谷市
	電話	※日中に連絡可能な番号を記載してください — —

※ドメスティック・バイオレンス等の事情により、保護者が申請者と異なる場合は、担当課までご相談ください。

下記の事項に同意の上、添付書類を添えて富谷市子どもインフルエンザワクチン任意接種費用助成の交付申請・報告をします。

- ① インフルエンザ予防接種の対象者の確認について、公簿等で確認することに同意します。
- ② 市が下記に記載された受取口座に振込手続後、申請者の記載誤り等の事由により振込が完了せず、かつ、連絡が取れない場合は、市は当該申請書が取り下げられたものとみなします。

2 接種者名（続柄については、申請者から見たものを記入）※申請は兄弟姉妹まとめてご記入ください。

氏名	続柄	生年月日	接種日	予防接種費用(a)	会社等での助成金額(b)*1	富谷市の助成金額(a)-(b)*2	交付申請額
		(平成/令和) 年 月 日	1回目: 月 日 (1回目接種時13歳未満のみ) 2回目: 月 日	円	円	円 (上限1,500円)	円
		(平成/令和) 年 月 日	1回目: 月 日 (1回目接種時13歳未満のみ) 2回目: 月 日	円	円	円 (上限1,500円)	円
		(平成/令和) 年 月 日	1回目: 月 日 (1回目接種時13歳未満のみ) 2回目: 月 日	円	円	円 (上限1,500円)	円
		(平成/令和) 年 月 日	1回目: 月 日 (1回目接種時13歳未満のみ) 2回目: 月 日	円	円	円 (上限1,500円)	円

*1: 会社等での助成(b)とは、加入されている健康保険組合や勤務先等による助成を受けている場合、助成金額をご記入ください。

*2: 富谷市での助成金額[(a)-(b)]は、上限1,500円 になります(生活保護受給者は全額助成)。

3 振込先口座（振込口座は原則として、申請者本人の口座をご指定ください）

※やむを得ず申請者以外の口座に振込みを希望する場合は、下記委任状にご記入ください。

※ゆうちょ銀行の場合は、通帳見開きの下部に記載されている口座情報（支店名は漢数字で記載）をご記入ください。

金融機関名	支店名(店名)	種類	口座番号	口座名義
銀行 農協 信組 信金	本・支店 出張所	1 普通		(フリガナ)
	本・支店 コード (店番)	2 当座		

委任状

インフルエンザワクチン任意接種費用助成金の受領について委任します。

令和 年 月 日

委任者（申請者） 住所 富谷市

氏名 (印)

受任者（口座名義人）住所

氏名 (印) (続柄)

※自書の場合は押印不要。



添付書類（提出前に確認し、貼り付けしてください） ※添付書類は返却しません。

- ① 予防接種の内容が確認できる医療機関等が発行する領収書の写し及び診療明細書の写し
- ② 予防接種の記録が記載されているものの写し（母子健康手帳又は予防接種済証）
- ③ 通帳等の写し（金融機関名、支店名、口座の種類、口座番号がわかるもの）

※原則、①②③の提出が必要です。ただし、①から③の書類すべての提出ができない場合は、①③又は②③の提出により申請することができます。①及び②の提出ができない場合は、申出書（様式第2号（第5条関係））を提出することにより代えることができ、申請することができます。

領収書の写し及び診療明細書の写しをのり付けしてください。

予防接種の記録が記載されている母子健康手帳又は予防接種済証の写しをのり付けしてください。

通帳等写しをのり付けしてください。