

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

笠置町長 殿

申請者・請求者 氏 名
(保護者) 住 所
電話番号

笠置町小児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

笠置町小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

※助成該当金額は、注射は 1 回あたり上限 1,500 円、点鼻は上限 3,000 円です。

第 1 子	被接種者氏名		生年月日		年齢（1 回目接種日時点）	
			年 月 日		歳	
	ワクチンの種類					
	☐ インフルエンザ HA ワクチン ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン					
	回数	接種日	医療機関名	接種金額	助成該当金額	
	1 回目	年 月 日		円	円	
	2 回目	年 月 日		円	円	
第 2 子	被接種者氏名		生年月日		年齢（1 回目接種日時点）	
			年 月 日		歳	
	ワクチンの種類					
	☐ インフルエンザ HA ワクチン ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン					
	回数	接種日	医療機関名	接種金額	助成該当金額	
	1 回目	年 月 日		円	円	
	2 回目	年 月 日		円	円	
第 3 子	被接種者氏名		生年月日		年齢（1 回目接種日時点）	
			年 月 日		歳	
	ワクチンの種類					
	☐ インフルエンザ HA ワクチン ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン					
	回数	接種日	医療機関名	接種金額	助成該当金額	
	1 回目	年 月 日		円	円	
	2 回目	年 月 日		円	円	
助成該当金額合計（A）		他制度助成金額（B）		助成申請金額		
円		円		（A）－（B）		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 組合		店・支店 出張所		
	口座番号			フリガナ		
				口座名義人		

※他制度により助成を受けた（予定含む）場合は、（B）に記入してください。
〈添付書類〉（1）接種医療機関が発行した領収書
（2）接種済証や母子手帳等接種した予防接種が記載された書類の写し