

# 金沢市乳幼児期任意予防接種費助成金交付申請書の記入例

## 金沢市乳幼児期任意予防接種費助成金交付申請書

(宛先) 金沢市長

助成金の交付を受けたいので、金沢市乳幼児任意予防接種費助成金交付要綱の規定に基づき、接種費助成の確認に必要な住民情報の記録を市長が調査することに同意し、次のとおり申請します。

申請日	1	R	5	年	4	月	1	日																							
申請者 (保護者)	住所	金沢市広坂1丁目1番1号																													
	フリガナ	カザリ 知																													
	氏名 (署名又は記名押印)	金沢 太郎										連絡先電話番号	090-1234-5678																		
		※日中連絡可能な電話番号																													
被接種者 (接種を受けた 子ども)	住所	金沢市 ※申請者と同じ住所の場合は記入不要																													
	フリガナ	カザリ ハコ																													
	氏名	金沢 花子										生年月日	H	1	年	1	1	月	1	日											
													R																		
	申請するワクチン															接種日			接種日 の年齢	接種費用 (円)											
	<input type="checkbox"/>	0歳インフルエンザ														1回目	R							0	歳						
	<input type="checkbox"/>	0歳インフルエンザ														2回目	R							0	歳						
	<input checked="" type="checkbox"/>	1～6歳インフルエンザ														1回目	R	4	年	1	1	月	1	日	3	歳	4	0	0	0	
<input checked="" type="checkbox"/>	1～6歳インフルエンザ														2回目	R	4	年	1	2	月	1	日	3	歳	4	0	0	0		
<input type="checkbox"/>	1～6歳 おたふくかぜ																							歳							
<input type="checkbox"/>	1～6歳B型肝炎 ※H28.3.31以前に生まれた者に 限る																							歳							
<input checked="" type="checkbox"/> ① 届出済の子ども医療費助成金の振込口座 ※口座記入不要 <input type="checkbox"/> ② 下記の振込口座 ※振込口座【申請者名義の口座】を記入してください																															
金融機関名										支店名																					
120										126																					
127 普通預金										128 口座番号										134 135 口座名義(カナ) ※申請者名義										149	
1																															

接種したワクチンを選んでください

②を選んだ場合は、下記に口座情報  
をご記入ください

項目をチェックし、確認してください

《添付書類》

必ず領収書の原本又は領収書の写しを添付ください。領収書の写しを添付する場合は母子健康手帳の写しも添付ください。

- 【領収書原本を提出する場合】 申請するワクチンのワクチン名が領収書に記載されていない場合は、明細書もしくは母子健康手帳の写し (出生届出済証明のページ及び予防接種の記録のページ)
- 【領収書の写しを提出する場合】 母子健康手帳の写し (出生届出済証明のページ及び予防接種の記録のページ)
- 【口座を記入した場合】 口座番号がわかるページ (銀行口座番号がわかるページ) ※申請者名義がわかるページ

《注意事項》

- ・ 1年度 (4～3月)
- ・ 令和5年4月1日～令和6年3月31日までに接種したものは1回あたり上限1,000円まで
- ・ 領収書に予防接種を接種したお子さまの氏名が記載されているか確認をお願いします。
- ・ 申請期限は接種日の1年後の月末までです。

《提出先》

郵送 (〒920-8577 金沢市広坂1-1-1 金沢市健康政策課) 又は健康政策課、福祉健康センター (駅西、泉野、元町)、市民センター

《お問合せ》

金沢市健康政策課 TEL (076) 220-2701

※以下は記入しないでください。

申請者No.	150	151	152	153	154	155	156
被接種者No.	158	159	160	161	162	163	165

(受付印)	(連番)