様式第１号（第５条関係）　　R6.4

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	R　年　月　日		
申請者（保護者）	住所		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		連絡先電話番号　－　－
	氏名（署名又は記名押印）		※日中連絡可能な電話番号
被接種者（接種を受けたこども）	住所	金沢市　※申請者と同じ住所の場合は記入不要	
	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日　H・R　年　月　日
	氏名		

申請するワクチン			接種日	接種日の年齢	接種費用（円）
□	０歳ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ	１回目	R　年　月　日	０歳	
□	０歳ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ	２回目	R　年　月　日	０歳	
□	１～６歳ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ	１回目	R　年　月　日	歳	
□	１～６歳ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ	２回目	R　年　月　日	歳	
□	１～６歳 おたふくかぜ		R　年　月　日	歳	

助成金振込口座

□ ① 届出済のこども医療費助成金の振込口座　※口座記入不要

□ 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	

普通預金	口座番号	口座名義（カナ）※申請者名義
1		

《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）

※　出生届出済証明は基本的に１ページ目にあります。

□ 【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】振込口座の通帳のコピー（銀行・支店名、口座番号、口座名義がわかるページ）

※　通帳がない場合は、キャッシュカードの写し又はネットバンキングの写しでも構いません。

《注意事項》
- １年度（４～３月）に２回まで助成します。
- １回あたり上限2,000円まで助成します。
- 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№.　　被接種者№.

（受付印）	（連番）