

可児市長 様

申請者（被接種者の保護者）

〒 -

住所

氏名

被接種者との続柄（ ）

電話

可児市子ども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（本人申請用）

可児市子ども予防接種費用助成金交付実施要領第6条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

被接種者	(フリガナ)	
	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	学年	小学生未満 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ その他

1 ワクチンの接種年月日・助成金額

※次のいずれかに✓を付けてください。今回の接種の情報を記入ください。			市 処 理 欄	支払金額 円	助成金額 円
接種回数	接種方法	接種年月日			
<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 経鼻	年 月 日			
(満1歳～小学生のみ)					
<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 経鼻	年 月 日			

※経鼻弱毒生ワクチンの予防接種の場合は、1回のみ助成。満2歳～高校生相当。

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所
	金融機関コード	支店コード
預貯金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

3 添付書類

予防接種に係る領収書の写し（領収書に上記のインフルエンザ予防接種である旨の記載がない場合は、当該ワクチンであることがわかる書類も併せて添付してください。）

〔市処理欄〕

確認事項	本人確認資料	処理欄	担当
<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 住所(接種日において可児市に住民登録がある者) <input type="checkbox"/> 年齢(満1歳から高校生相当)	<input type="checkbox"/> 福祉医療費受給者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> ()	入力： 確認：	