

インフルエンザワクチン接種費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）秋田市長

申請者 (保護者および委任者)	住 所	
	氏 名	
	被接種者との続柄	本人・母・父・その他 ()
	電 話 番 号	

下記のとおり、秋田市インフルエンザワクチン接種費助成事業実施要綱第 5 条の規定により申請します。

記

1 予防接種の種類等

対象者 (被接種者)	フリガナ		性別	□ 男 □ 女	
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
	住 民 票 に 記載の住所				
1 回 目 接 種	接種日	年 月 日	2 回 目 接 種	接種日	年 月 日
	接種 料金 (A)	円		接種 料金 (B)	円
接種料金 (A)+(B)		円	他の制度の 助成金額 (C)		円

※本申請前に健康保険等の制度による助成を受けている場合は、他の制度の助成金額（C）欄に当該助成金額をご記載ください。

接 種 種 類	☐ インフルエンザHAワクチン（注射） ☐ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（経鼻）
接種した医療機関名	

秋田市処理欄

助成対象額 (A)+(B) －(C)	円	交付決定額	円
--------------------------	---	-------	---

※交付決定額は、1,000円/回×接種回数分とします。ただし、助成対象額が1,000円/回×接種回数分に満たない場合は、その額とします。

（裏面に続く）

2 振込先口座

金融機関名	銀行・協同組合 金庫・信用金庫			本・支店名	本店・支店 支所・出張所
店番		預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号	
フリガナ					
口座名義人					

3 提出書類

☐ 申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証等）

☐ 振込先が確認できる預金通帳、キャッシュカード等の写し

☐ 接種費用の支払いを証明する領収書および明細書等の写し

☐ 接種記録が確認できる接種済証又は母子健康手帳の予防接種の記録もしくは予診票等の写し

☐ 【妊婦の場合】母子健康手帳等の写し

※追加で書類の提出を求めることがあります。