八王子市長　殿

捨印

令和 8 年 12 月〇〇 日

申請者	フリガナ	ヨボウ タロウ
	氏　名	予防 太郎
	住　所	八王子市明神町三丁目19番2号 八王子市保健所
	電話番号	042-645-5102

印は朱肉で押印してください

令和9年3月31日までに助成金交付申請書兼口座振替依頼書の提出が必要です

令和8年度（2026年度）八王子市小児インフルエンザ予防接種助成金交付申請書兼口座振替依頼書

以下のとおり令和[illegible]規定に基づき予防接種費助成金の交[illegible]登録の状況を確認すること及び必要[illegible]

近隣の普段のかかりつけとして利用している医療機関は申請の対象となりません。（特段の理由がある場合を除く）

記入上の注意
※消せるボールペンや修正テープ等は使用しないでください。

予防接種を受けた方	フリガナ 氏名	ヨボウ ジロウ 予防 次郎		申請者との続柄	長男
	生年月日	平成〇〇年××月△△日	住　所	同上	
		～～の疾病により＊＊病院で治療を受けているため			

予防接種名	接種した日	支払った金額（A）	健康保険組合等で補填された額（B）	令和7年度接種分助成限度額(C)	申請額 ((A)-(B))と(C)のうち少ない額
インフルエンザ（1回目）	R8.10.15	4,000 円	1,000 円	2,000 円	2,000 円
インフルエンザ（2回目）	R8.11.20	3,500 円	1,000 円	2,000 円	2,000 円
インフルエンザ（経鼻）		円	円	円	円

金額の少ない方を転記

予防接種を受けた方	フリガナ 氏名	ヨボウ ハナコ 予防 花子		申請者との続柄	長女
	生年月日	令和〇〇年××月△△日	住　所	同上	
指定医療機関以外で接種した理由		里帰り出産のため			

予防接種名	接種した日	支払った金額（A）	健康保険組合等で補填された額（B）	令和7年度接種分助成限度額(C)	申請額 ((A)-(B))と(C)のうち少ない額
インフルエンザ（1回目）		円	円	円	円
インフルエンザ（2回目）		円	円		
インフルエンザ（経鼻）	R8.10.15	9,000 円	2,000 円	4,000 円	4,000 円

金額の少ない方を転記

（上記申請額の合計を記入）　申請金額　¥　8,000　円

八王子市小児インフルエンザ予防接種助成金については以下の口座に振込[illegible]さい。

支払った金額から健康保険組合等で補填された額を差し引いた差額と助成限度額のうち、少ない方を申請額として記入してください。
例)インフルエンザ(1回目)ワクチン代4,000円の場合　4,000円－1,000円＝3,000円　申請額 2,000円
インフルエンザ(経鼻)ワクチン代9,000円の場合　9,000円－2,000円＝7,000円　申請額 4,000円

振込先	口座種別	口座番号	口座名義
	1 普通 2 当座		フリガナ

1 本　店
2 支　店
3 出張所

※　振込先口座は請求者名義の口座を指定してください。
※　振込先の口座名義人が請求者以外の場合は、委任状が必要です。

【添付書類チェック欄 】
☑ 領収書（原本）　☑ 領収金額の明細がわかるもの(原本)　☐ 口座情報がわかるもの（[illegible]
☑ 健康保険組合等からの補填金の額がわかるもの（原本：該当のある方のみ）

予防接種費助成金交付決定通知書等の送付先（その他を選択した場合、送付先と宛名を記入）
☑ 申請者住所　☑ その他（〒 19×-〇×〇×　東京都〇〇市××　△△方　）

住所以外に送付先を指定する場合は、その他に ☑チェックし、記入願います。

【市処理欄】

算定後申請金額（交付額）	円

丁決裁	このことについて、予防接種費助成要綱第11条の規定に基づき別紙のとおり交付決定してよろしいか。	起　案	令和　年　月　日	受付印
		決　裁	令和　年　月　日	
		施　行	令和　年　月　日	

課長	主査	主任	係	公印管守者	文書審査	文書取扱主任	起案者
				1部			

情報公開・非公開の区分	部分公開（第2号個人情報）	保存年限	5年

健推予

予算措置 ： 令和8年度（2026年度）一般会計　03民生費　03児童福祉費　02児童保護費　18負担金補助及び交付金　（事業番号5321 子育て家庭の負担軽減 予防接種）