

フリガナ

申請者 氏 名

印

住 所 八王子市

電話番号

令和7年度（2025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7年度（2025年度）八王子市小児インフルエンザ予防接種助成金交付要綱第6条の規定に基づき予防接種費助成金の交付を申請します。この申請について、住民基本台帳等の公簿の照会により、住民登録の状況を確認すること及び必要に応じ医療機関への接種内容を確認することに同意します。

予防接種を受けた方	フリガナ氏名				申請者との続柄	
	生年月日		住 所			
指定医療機関以外で接種した理由						
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	2,000 円	円	
インフルエンザ (2回目)		円	円	2,000 円	円	
インフルエンザ (経鼻)		円	円	4,000 円	円	
予防接種を受けた方	フリガナ氏名				申請者との続柄	
	生年月日		住 所			
指定医療機関以外で接種した理由						
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	2,000 円	円	
インフルエンザ (2回目)		円	円	2,000 円	円	
インフルエンザ (経鼻)		円	円	4,000 円	円	
(上記申請額の合計を記入)			申 請 金 額	¥	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り込んでください。

振込先	金融機関番号							支店番号						
	金融機関名称							支店名						
							銀行・金庫 組合・農協					1 本店 2 支店 3 出張所		
	口座種別		口座番号					口座名義						
	1 普通 2 当座								フリガナ					

※ 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）
☐ 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（〒)

【市処理欄】

☐ 日付 ・ 金額 相違のため訂正
☐ () 相違のため訂正

算定後申請金額（交付額）

[illegible]

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ほしいか。				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	健 推 予		
				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				

予算措置：令和7年度（2025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）