

令和7年10月00日

## 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。

## 市小児インフルエンザ予防接種費用助成申出書

(費用助成対象期間：令和7年10月1日から令和8年1月31日)

※申込できる方は、原則として被接種者の保護者（または親族）です。

住 所 八王子市 明神町3-19-2 八王子市保健所

保 護 者 氏 名 予防 花子

電 話 042-645-5102

被接種者との続柄 ☒親 ☐祖父母 ☐その他 ( )季節性インフル  
ザ予防接種費用助

※接種1回ごとに、この申出書の提出が必要となります。

インフルエン

申請者確認事項【助成対象の確認等を行います。以下について確認後□に「レ」チェックを記入してください。】

- ☒ 被接種者は、接種日において、八王子市に住民登録があります。  
☒ 被接種者は、接種日において、生後6か月から12歳11か月の幼児及び児童であることに相違ありません。  
☒ 助成要件の審査を行うため、八王子市が住民基本台帳等の公簿照会を行うことについて同意します。

費用助成対象期間外に接種を受けた場合は費用助成を受けることはできません。

また、助成申込者が偽りその他不正な手段により助成を受けたと認められた際は、助成金の返還を求めますので、あらかじめご了承ください。

太枠内を記入してください

|                       |                                                                      |                                                                       |                                                    |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1 被接種者<br>(接種を受ける方)   | 住 所                                                                  | 八王子市                                                                  |                                                    |
|                       |                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 申込者と同じ                            |                                                    |
|                       | 氏 名                                                                  | 予防 太郎                                                                 |                                                    |
|                       | 生 年 月 日<br>年 齢                                                       | <input type="checkbox"/> 平成<br><input checked="" type="checkbox"/> 令和 | ○ 年 xx 月 △△ 日<br>( ○ 歳 xxか月)                       |
| 2 接種回数<br>(いずれかにチェック) | <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 |                                                                       |                                                    |
| 3 助成金額<br>(いずれかにチェック) | 注射用<br>ワクチン                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 2,000円                            | (接種費用が2,000円に満たない場合)<br><input type="checkbox"/> 円 |
|                       | ※経鼻<br>生ワクチン                                                         | <input type="checkbox"/> 4,000円                                       | (接種費用が4,000円に満たない場合)<br><input type="checkbox"/> 円 |

※経鼻生ワクチンは、2歳から12歳までの方が対象となります。

## 医療機関処理欄

|         |                                                               |
|---------|---------------------------------------------------------------|
| ① 接 種 日 | 費用助成対象期間：令和7年10月1日～令和8年1月31日<br>(上記期間外に接種された場合は費用助成は受けられません。) |
| ②医療機関名  |                                                               |

## 八王子市処理欄

|       |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|
| 要件確認① | / | 適 | ： | 否 |
| 要件確認② | / | 適 | ： | 否 |