

(第 1 号様式) (第 5 条関係)

鈴鹿市インフルエンザワクチン接種費助成金交付申請書

(宛先) 鈴鹿市長

鈴鹿市インフルエンザワクチン接種費助成金の交付要件に該当するため、助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

鈴鹿市インフルエンザワクチン接種費助成交付要件 ※接種日に鈴鹿市に住民登録の無い方は対象外です。

助成対象者	接種日に鈴鹿市に住民登録のある満 1 歳から小学校就学前の方
助成額	1 回あたり 2, 0 0 0 円
助成回数	1 回 (助成期間中に 1 回)
助成期間	令和 8 年 1 0 月 1 日から令和 9 年 1 月 3 1 日

【インフルエンザの接種を受けるもの】

記入項目	医 療 機 関 確認欄
氏 名 : (フリガナ :)	☐
生年月日 : 年 月 日 (1 歳・2 歳・3 歳・4 歳・5 歳・6 歳)	☐
住所 (住民登録のあるところ) : 鈴鹿市	☐
今年度、鈴鹿市インフルエンザワクチン接種費助成の申請は 1 回目ですか。 (はい ・ いいえ) ※年度内の助成は 1 回に限ります	☐
接 種 日 : 令和 年 月 日	☐
実施医療機関 :	☐

助成金の交付については、インフルエンザワクチンを受ける医療機関を代理人と定め、助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。
また、予防接種を受けるものが助成金の交付要件に該当しているか、市が住民基本台帳等により確認すること及び医療機関に確認、調査することに同意します。

【申請者 (保護者)】

記入項目	医 療 機 関 確認欄
氏 名 : (続柄 :)	☐
連絡先 : — —	☐

＜助成の手順＞

1. 申請者 (保護者) は、交付申請書の太枠内を記入し実施医療機関窓口に提出してください。
2. 接種費用から助成額 (2, 000 円) を除いた額は自己負担です。医療機関にお支払いください。