

申請日を記入してください。

令和 7 年 11 月 3 日

綾部市長 様

綾部市小児インフルエンザ予防接種費用助成金に係る償還払申請書

綾部市小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第 7 条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

保護者の情報を記入し、**捺印**してください。

申請者	フリガナ	アヤベ ハナコ		接種を受けた者 との続柄	母
	氏 名	綾部 花子			
	現 住 所	〒623-0011 綾部市青野町東馬場下15番地の6			
	電 話 番 号	0773-42-0020			

※申請できるのは、予防接種を受けた者の保護者に限ります。

被 接 種 者	フリガナ	アヤベ タロウ				
	氏 名	綾部 太郎				
	生 年 月 日	令和 3 年	10 月	3 日	年 齢	4 歳 1 か月
	住 所	☒ 申請者 と同じ	〒			
	接 種 方 法	☒ 皮下接種 ☐ 経鼻接種				
	接 種 日 (申請分のみ記載)	1 回目	令和 7 年 10 月 3 日			
		2 回目	令和 7 年 10 月 20 日			
	接種に要した 費用 (申請分のみ記載)	1 回目	1,500	円	合計	3,000 円
		2 回目	1,500	円		
	接種医療 機関	名称	〇〇小児科クリニック			
住所		〇〇市□□ △番地の1				
TEL		〇〇一□△□△				
※複数の医療機関で接種した場合は、この欄に名称・住所・TELを記載してください。						
接種したお子さんの情報、医療機関、接種ワクチンについて記入してください。						

振込希望口座を記入してください。

予防接種費用助成金について、下記指定口座への振込みを依頼します。

振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 ○○ 本店 信用金庫 ○○ 支店 農協 支所							
	金融機関コード	●	●	●	●	支店番号	●	●	●
	預 金 種 別	普通・当座							
		○○○○○○○○							
		アヤベ				ハナコ			
		綾部				花子			

申請者と振込口座名義人が異なる場合、記入し、捺印してください。振込希望口座が申請者のものの場合、記入は不用です。

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合は、下欄に記入をお願いします。

委 任 状	
私は、上記口座名義人に予防接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
令和7年11月3日	
申請者氏名	綾部 花子

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、綾部市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☑はい ☐いいえ
この申請書を、綾部市において支給決定をした後は、予防接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	☑はい ☐いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合は、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☑はい ☐いいえ

【提出書類】

□本人確認書類（申請者・被接種者の氏名、住所及び生

確認し該当項目に☑してください。

※マイナンバーカード、運転免許証、申請時住所記載の住民票などのいずれかひとつ

□振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

□接種費用の支払を証明する書類の原本（領収書及び明細書、支払証明書等）

□接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）

※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。