別記様式第3号（第6条関係）

年 月 日

関市長 様

関市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

関市小児インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関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6条の規定により、関係書類を添付して申請します。

申請者	氏名			
	住所			
	電話番号	() -		
接種児	氏名		申請者との続柄	
	生年月日		年 月 日	
ワクチンの種別	・皮下接種 ・経鼻接種			
助成額	1回目	接種日： 年 月 日 医療機関名：	助成額 円	
	2回目	接種日： 年 月 日 医療機関名：	助成額 円	
	合計	助成額 円		
関係書類	(1) 領収書その他の接種費を支払ったことが分かる書類 (2) 予防接種済証その他の予防接種を受けたことが分かる書類、 予防接種の予診票の写し又は母子健康手帳 (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類			

※皮下接種は、1回目接種時の年齢で助成回数が異なります。

※皮下接種の助成額の上限は1回1,000円です。

※経鼻接種の助成回数は1回です。

※経鼻接種の助成額の上限は2,000円です。