

小児・妊婦インフルエンザ予防接種(任意)助成金交付の申請について

由利本荘市に住民票があり、下記に定められている年齢内に秋田県内外の契約外医療機関等で予防接種を受けられた乳幼児・小学生・中学生の保護者及び妊婦は、接種した日の属する年度内に必要書類を持参のうえ申請してください。（年度とは:4月1日～翌年3月31日）

（１）対象者と助成額

ワクチンの種類	接種対象者	接種回数	助成額
インフルエンザ HAワクチン	生後6か月から小学6年生	2 回	1, 000円／回
	中学1年生から中学3年生	1 回	
	妊 婦	1 回	
	生活保護世帯	規定回数	全 額 ／回
経鼻弱毒生インフル エンザワクチン	満2歳から中学3年生	1 回	1, 000円／回
	生活保護世帯	規定回数	全 額 ／回

（２）提出書類

・ インフルエンザ予防接種(任意) 助成金交付申請書

※申請書は健康づくり課にあります。また、市ホームページからもダウンロード可能です。

・ 予防接種受診料領収書(原本)

※インフルエンザ予防接種と記載があるもの。診療明細書が発行された場合、一緒にご提出ください。

・ 予防接種予診票(結果)の写し、母子健康手帳の写しのいずれか

※ 接種年月日、ロット番号、医療機関等が記載されている「予防接種の記録」欄の写しが必要です。

・ 通帳の写し

※ 振り込み先の金融機関・店名・口座番号等が印字されている面の写しが必要です。

（３）申請書を記載する際の注意点

※ 件数及び金額、助成金請求額の欄については、提出書類を確認した上での記載となりますので記載しないまま窓口へお持ちください。

※ 申請者(保護者)氏名と口座名義人は同一となります。

（４）その他

※ 助成金は由利本荘市で定めたインフルエンザ任意予防接種の1, 000円を上限とします。

また、助成対象となるのは、インフルエンザHAワクチン、経鼻弱毒生インフルエンザワクチン、いずれか一方のワクチン接種費用に限ります。

※ 助成金は、申請書に記載された保護者または本人名義の口座に申請後1か月位で振り込まれますが、振り込まれない場合はご連絡ください。

※ ご不明な点については、下記にお問い合わせください。

《お問い合わせ先》 健康づくり課 ☎ 0184-22-1834

(様式第2号)

由利本荘市長 様

小児・妊婦インフルエンザ予防接種(任意)助成金交付申請書

私は、(医療機関等名：)にてインフルエンザワクチン予防接種(任意)を受けましたので、インフルエンザワクチン接種済証及び領収書を添えて助成金の交付を申請します。

由利本荘市小児・妊婦インフルエンザ予防接種(任意)助成金請求書

助成金請求額 円

予防接種名	1回上限金額	助成額	接種年月日
インフルエンザ HAワクチン	1,000 円		・ ・
	1,000 円		・ ・
	全 額 ※生活保護世帯		・ ・
経鼻弱毒生インフル エンザワクチン	1,000 円		・ ・
	全 額 ※生活保護世帯		・ ・

令和 年 月 日

申請者住所 〒 ー
由利本荘市

申請者氏名 電話番号

接種者氏名 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座 名義人	
口座番号			

※申請者と口座名義人は同一の方をご記入ください。