様式第４号（第５条関係）

年　　月　　日

坂井市長　　様

申請者

住所

氏名（保護者氏名）　　(※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください

電話番号

坂井市こどもインフルエンザ予防接種（市外接種）費助成金交付申請書兼請求書「保護者用」

補助金等の交付を受けたいので、坂井市補助金等交付規則、坂井市健康福祉部健康増進課所管補助金交付要綱及び坂井市予防接種費助成金の支払手続に関する要綱の規定により、次のとおり申請します。

記

<table>
<tr><td colspan="2">1 補助年度</td><td colspan="2">令和８年度</td></tr>
<tr><td colspan="2">2 補助金等の名称</td><td colspan="2">坂井市こどもインフルエンザ予防接種費助成金</td></tr>
<tr><td rowspan="10">3 補助事業等</td><td>(1) 名称</td><td colspan="2">坂井市こどもインフルエンザ予防接種費助成事業</td></tr>
<tr><td>(2) 目的</td><td colspan="2">こどもインフルエンザ予防接種の接種率を高め、感染拡大及び重症化の予防を図る。</td></tr>
<tr><td>(3)被接種者の氏名と生年月日及び年齢</td><td colspan="2">（　　年　　月　　日生　満　　歳）</td></tr>
<tr><td>(4)被接種者住所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">(5) 接種年月日（申請分のみ記載）</td><td>１回目</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>２回目※</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">(6)接種医療機関名（申請分のみ記載）</td><td>１回目</td><td></td></tr>
<tr><td>２回目※</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">(7)接種費（申請分のみ記載）</td><td>１回目</td><td>円</td></tr>
<tr><td>２回目※</td><td>円</td></tr>
<tr><td>(8)市の指定医療機関以外で接種を実施する理由</td><td colspan="2">１ 基礎疾患等のため、指定医療機関で接種することが困難なため
疾患名（　　）
２ その他の理由
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">4 補助金等の交付申請及び請求額</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td rowspan="4">5補助金等の振込先</td><td>金融機関名・支店名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td colspan="2">普通　・　当座</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>(フリガナ)
口座名義人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">6 添付書類
（提出する書類の□欄をﾁｪｯｸ(☑)してください。）</td><td colspan="2">□医療機関の領収書（原本、当該接種に要した額がわかるもの）
□予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳等）
□その他市長が必要と認める書類
（通帳の写し等振込口座が確認できるもの）</td></tr>
</table>

※２回目の接種は、１回目接種時に１３歳未満の人のみ助成対象

担当課所見　（注：申請者の記入不要）

審査事項
□自己財源　□他補助金等の有無（国県、他市町村、団体、無）　□補助対象等事業費　□補助金等の額