

記入例

葛飾区子どものインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

令和7年11月20日

葛飾区長 宛て

申請者 住所 葛飾区 青戸4-15-14  
氏名 見本 太郎 署名（署名ができない場合は記名・押捺）  
電話 03（3602）1238  
被接種者との続柄 （ 父 ）

葛飾区子どものインフルエンザ予防接種費用助成要綱第6条の規定により、当該費用の助成を受けたいので必要書類を添えて下記のとおり申請し、下記請求金額を請求します。  
本申請にあたり、住民基本台帳を確認することについて、同意します。  
助成金については下記口座への振込みを希望します。

記

被接種者	住 所		葛飾区 青戸4-15-14			
	氏 名		見本 花			
	生年月日		平成29 年 10 月 5 日			
	実施医療機関で 接種できない理由		<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関に入院中のため <input type="checkbox"/> 施設に入所中のため <input type="checkbox"/> その他( )			
接種状況	1回目	医療機関名	青戸〇〇病院			
		接種日	令和7 年 10 月 3 日 (接種日の年齢 6 歳 か月)			
		自己負担額	3,300円	ワクチン種別	<input checked="" type="checkbox"/> 不活化ワクチン(助成上限額は3,000円) <input type="checkbox"/> 点鼻生ワクチン(助成上限額は6,000円)	
	2回目	医療機関名	立石△△医院			
		接種日	令和7 年 11 月 15 日			
		自己負担額	2,800円	ワクチン種別		
	自己負担額合計		6,100円			
請求金額		5,800円				

請求金額は、1回目・2回目それぞれの自己負担額と3,000円(点鼻生ワクチンの場合は6,000円)を比較して、少ない方の金額の合計を記入してください。  
【記入例の場合】1回目3,000円  
2回目2,800円  
合 計5,800円

※金額の訂正はできません。書き間違えた場合は、あらためて書き直しが必要です。

請求金額は、1回目・2回目それぞれの自己負担額と3,000円（点鼻生ワクチンの場合は6,000円）を比較して、少ない方の金額の合計を記入  
【記入例の場合】1回目3,000円  
2回目2,800円  
合計5,800円  
※金額の訂正はできません。書き間違えた場合、あらためて書き直しが必要です。

振込先	金融機関名	かつしか		銀行・信用金庫 信用組合・農協	青戸							本店 支店 出張所
	預金種別	普通	当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ	ミホン タロウ										
	口座名義人	見 本 太 郎										

委任状（請求者と口座名義人が異なる場合に記入）

葛飾区子どものインフルエンザ予防接種費用助成金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

受任者 氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_