

柴田町任意インフルエンザ予防接種助成金代理受領委任状

柴田町長 殿

柴田町任意インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、助成金の請求及び受領を指定医療機関に委任します。

接種者氏名			
生年月日 (年齢)	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	区分	<input type="checkbox"/> 生後6か月～年長児 <input type="checkbox"/> 中学3年生
保護者氏名			
住所	柴田町		
電話番号			

【注意事項】

- 1 予防接種を受ける指定医療機関へ提出してください。
- 2 この予防接種は、定期接種ではありません。希望者が対象となる任意の予防接種です。接種者の保護者がワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で、予防接種を受けてください。
- 3 予防接種の副作用によって接種者に健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）に基づく救済制度の対象となる場合があります。

【費用助成について】

対象期間：接種日が10月1日から翌年1月31日まで ※接種期間は医療機関によって異なります。

対象者：予防接種を受ける日において柴田町内に住所を有する

生後6か月以上の未就学児及び中学3年生

費用：医療機関によって異なります。指定医療機関において予防接種を受ける際、その費用のうち、助成金相当額を差し引いた額が請求されます。

助成上限額：

区分	令和8年度対象生年月日	インフルエンザ HAワクチン	フルミスト 点鼻液
未就学児	令和2年4月2日～令和8年7月31日生 ※接種日時点で生後6か月以上	1回2,000円 (年度内2回まで)	4,000円
中学3年生	平成23年4月2日～平成24年4月1日生	5,500円	5,500円

(医療機関記載)

医療機関名		
接種年月日		
使用ワクチン	<input type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン	<input type="checkbox"/> フルミスト点鼻液ワクチン

柴田町任意インフルエンザ予防接種費用助成金代理受領請求書

年 月 日

柴田町長 殿

所在地：

医療機関名：

代表者氏名：_____

年 月分の任意インフルエンザ予防接種を下記のとおり実施しましたので、下記の金額を請求いたします。

記

請求金額 _____ 円

(内訳)

予防接種名	対象者	助成金額①	接種件数②	合計金額①×②
インフルエンザ HA ワクチン	生後6か月から 未就学児	2,000 円	件	円
	中学3年生	円 ※上限額：5,500 円	件	円
フルミスト点鼻液 ワクチン	生後6か月から 未就学児	4,000 円	件	円
	中学3年生	円 ※上限額：5,500 円	件	円
計			件	円

振 込 先	金融機関名	銀行	支店
	口座番号	普通 当座	
	フリガナ 口座名義人		

添付書類：柴田町任意インフルエンザ予防接種助成金代理受領委任状（様式第1号）

柴田町任意インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

柴田町長 殿

申請者（保護者） 住所 _____

氏名 _____

（被接種者との続柄 _____）

電話番号 _____

柴田町任意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、下記のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。なお、助成金交付要件確認のため、住民基本台帳の閲覧及び医療機関への予防接種状況の確認等について、町が必要な調査を行うことに同意します。

記

1 被接種者

フリガナ		生年	年 月 日
被接種者氏名		月日	（ 歳 か月）
住所			

2 接種医療機関

名称	
----	--

3 予防接種の種類及び申請金額

回数	接種日	予防接種の種類 (該当するものに☑)	自己負担額	上限額	助成申請額
1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> HA ワクチン	円	円	円
		<input type="checkbox"/> フルミスト点鼻液	円	円	円
2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> HA ワクチン	円	円	円
助成申請額の合計					円

※助成金の上限額は、HA ワクチンの場合、生後6か月から未就学児は2,000円、中学3年生は5,500円です。フルミスト点鼻液の場合、生後6か月から未就学児は4,000円、中学3年生は5,500円です。）

4 振込先 ※申請者（保護者）名義に限る

金融機関名 本・支店名	銀行・金庫 組合・農協							店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

添付書類： 領収書の写し

振込先確認書類（通帳又はキャッシュカードの写し）

予防接種の記録が記載されているものの写し（母子健康手帳の写し、予防接種済証等）

柴田町

様

柴田町長

柴田町任意インフルエンザ予防接種費用助成金交付決定通知書

先に申請及び請求がありました柴田町任意インフルエンザ予防接種費用助成金について、下記のとおり交付決定したので通知します。

記

予防接種を受けた 被接種者氏名	
償還払決定額	円
償還払の方法	ご依頼の金融機関口座へ振り込みます。
振込予定日	年 月 日