

申請日 年 月 日

福島市保健所長

下記のとおり、定期予防接種助成事業に係るワクチン接種費用の助成を申請します。

|                                              |                                                                                                      |                                                          |     |     |               |                    |  |              |  |                |                                                            |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----|-----|---------------|--------------------|--|--------------|--|----------------|------------------------------------------------------------|
| 申請者                                          | フリガナ                                                                                                 |                                                          |     |     |               | ※訂正印（ゴム印不可）<br>㊞   |  |              |  |                |                                                            |
|                                              | 氏 名                                                                                                  |                                                          |     |     |               |                    |  |              |  |                |                                                            |
|                                              | 住民票上の住所                                                                                              | 〒                                                        |     |     |               |                    |  |              |  |                |                                                            |
|                                              | 連絡先の電話番号                                                                                             |                                                          |     |     |               |                    |  |              |  |                |                                                            |
| 接種対象者                                        | No.                                                                                                  | 申請者との続柄                                                  | 氏 名 | 性別  | 生 年 月 日 (年 齢) | 予防接種名<br>(申請する合計数) |  |              |  |                |                                                            |
|                                              | ①                                                                                                    |                                                          |     | 男 女 | 年 月 日 ( ) 歳   | ( ) 回              |  |              |  |                |                                                            |
|                                              | ②                                                                                                    |                                                          |     | 男 女 | 年 月 日 ( ) 歳   | ( ) 回              |  |              |  |                |                                                            |
|                                              | ③                                                                                                    |                                                          |     | 男 女 | 年 月 日 ( ) 歳   | ( ) 回              |  |              |  |                |                                                            |
|                                              | ④                                                                                                    |                                                          |     | 男 女 | 年 月 日 ( ) 歳   | ( ) 回              |  |              |  |                |                                                            |
|                                              | 住 所                                                                                                  | ※申請者と異なる場合・転出の場合記載してください（市外に転出の場合は接種時住所）<br>〒960-<br>福島市 |     |     |               |                    |  |              |  |                |                                                            |
| 振込み口座<br>※申請者と<br>名義人が異なる<br>場合、委任状が<br>必要です | 金融機関名                                                                                                | 金融機関番号<br>(コード)                                          |     |     |               | 支店番号               |  |              |  | 店<br>支店<br>出張所 | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 |
|                                              | 口座番号                                                                                                 |                                                          |     |     |               |                    |  | 口座名義<br>カタカナ |  |                |                                                            |
| 振込み<br>通知書の<br>送付先                           | <input type="checkbox"/> 申請者の住民票上の住所<br><input type="checkbox"/> その他…以下に住所を記載してください<br>〒<br>(世帯主氏名 ) |                                                          |     |     |               |                    |  |              |  |                |                                                            |

## (添付書類)

- ☐ 母子健康手帳（原本提示） 郵送の場合・出生届出済証明と予防接種の全ページの写し。  
 高齢者の場合は予防接種済証（原本提示）  
☐ 領収書・明細書または支払い証明書等（原本提示）接種日と同日で、予防接種の種類と金額が明確であるもの。  
☐ 振込先通帳の写し（表紙と口座情報のページ）※申請者と口座名義人が異なる場合、委任状が必要です。  
☐ 高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス・肺炎球菌・带状疱疹で接種当日60歳～64歳の方は身体障害者手帳(写し)  
☐ 実施済みの予診票(写し可)

## (注意)

- ・申請者は申請時点で接種を受けた本人が、成人（18歳以上）の場合には本人、未成年（18歳未満）の場合には保護者になります。
- ・申請者（保護者）が同じであれば、兄弟分、複数回分をまとめて申請ができます。
- ・高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス・肺炎球菌・带状疱疹の場合の申請者は接種対象者と同じ方になります。
- ・訂正されるときは、訂正印（ゴム印不可）を押印してください。
- ・黒ボールペンで記載してください。消えるペンは使用できません。