

様式第1（第5条関係）

岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼代理受領委任状

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 住 所
氏 名 (続柄)
電話番号

岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

接種を受ける者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住所	☐ 申請者と同じ		
対 象 者 区 分		☐ 生後6か月 ～ 小学6年生（年度2回まで助成） ☐ 中学3年生 ・ 高校3年生（年度1回まで助成） ☐ 妊婦（年度1回まで助成）		
回 数	1回目 ・ 2回目	接種日	年 月 日	
接種日時点で、岩倉市に住民登録がありますか。 はい ・ いいえ				

同 意 書	
1 岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第3条各号に掲げる要件に該当していることを確認するため、住民基本台帳等の調査、照会及び閲覧について同意します。	
2 インフルエンザ予防接種について、任意予防接種のため、万一健康被害が生じた場合、医薬品副作用被害救済制度の適用となることについて説明を受け、十分理解した上で接種することに同意します。	
申請者（保護者） 氏名 _____	

※接種を受ける者は接種日時点で岩倉市に住民登録がない場合は、この申請をすることができません。
※接種時に、助成の対象であることを示す書類（健康保険証、母子健康手帳など）を医療機関に提示してください。

なお、岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、助成金の請求、受領に係る権限を次の者に委任します。

医療機関名
代表者名

様式第2 (第5条関係)

岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成請求書

岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、 年 月分の助成金を下記のとおり関係書類を添えて請求します。

記

1 請 求 金 額 金 円

内訳	生後6か月～小学6年生	件
	中学3年生・高校3年生	件
	妊婦	件

2 添付書類

- ・岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種者名簿
- ・岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼代理受領委任状

年 月 日

岩倉市長 殿

医療機関住所

医療機関名

代表者名

印

振 込 先

金融機関名及び支店名	預金種類	口座番号	口座名義
			フリガナ

岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種者名簿（ 月分）

下記の者は、当院で子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業を利用し、接種しましたので報告します。

医療機関名

枚目/ 枚中

No	接種日	氏 名 フリガナ	生年月日	対象者区分 ※該当するところに○			回目	助成額（円）
				生後 6 か月 ～ 小学 6 年生	中学 3 年生 ・ 高校 3 年生	妊婦		
1			S・H・R				1・2	
2			S・H・R				1・2	
3			S・H・R				1・2	
4			S・H・R				1・2	
5			S・H・R				1・2	
6			S・H・R				1・2	
7			S・H・R				1・2	
8			S・H・R				1・2	
9			S・H・R				1・2	
10			S・H・R				1・2	
11			S・H・R				1・2	
12			S・H・R				1・2	
13			S・H・R				1・2	
14			S・H・R				1・2	
15			S・H・R				1・2	

様式第4（第6条関係）

岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 住 所
氏 名 (続柄)
電話番号

岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請（請求）します。

申請（請求）金額 円					
1	接種を受けた者	フリ ガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
		住 所	☐ 申請者と同じ		
	対 象 者 区 分		回 数	1回目 ・ 2回目	
	接 種 日	年 月 日	接種日時点で岩倉市に 住民登録がありますか	はい ・ いいえ	
	申請（請求）金額	円			
2	接種を受けた者	フリ ガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
		住 所	☐ 申請者と同じ		
	対 象 者 区 分		回 数	1回目 ・ 2回目	
	接 種 日	年 月 日	接種日時点で岩倉市に 住民登録がありますか	はい ・ いいえ	
	申請（請求）金額	円			
3	接種を受けた者	フリ ガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
		住 所	☐ 申請者と同じ		
	対 象 者 区 分		回 数	1回目 ・ 2回目	
	接 種 日	年 月 日	接種日時点で岩倉市に 住民登録がありますか	はい ・ いいえ	
	申請（請求）金額	円			
4	接種を受けた者	フリ ガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
		住 所	☐ 申請者と同じ		
	対 象 者 区 分		回 数	1回目 ・ 2回目	
	接 種 日	年 月 日	接種日時点で岩倉市に 住民登録がありますか	はい ・ いいえ	
	申請（請求）金額	円			

※対象者区分欄には次の①～③のうち、いずれかをご記入ください。
① 生後6か月～小学6年生(年度2回) ② 中学3年生・高校3年生(年度1回) ③ 妊婦(年度1回)

申請（請求）金額を下記の口座に振り込んでください。

金融機関名及び支店名	預金種類	口 座 番 号	口 座 名 義
支店			フ リ ガ ナ

同 意 書

岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第3条各号に掲げる要件に該当していることを確認するため、住民基本台帳等の調査、照会及び閲覧について同意します。

申請者（保護者） 氏名

添付書類：接種医療機関が発行した領収書

接種済証その他の予防接種を受けたことが確認できる書類

健康保険組合等から接種費用の補助を受けた場合は、その明細が分かる書類

様式第5（第6条関係）

第 年 月 日 号

様

岩倉市長 印

岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成決定通知書

年 月 日付けで申請のありました岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

接種を受けた者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 生
接 種 年 月 日		
助 成 決 定 額		円

様式第6（第6条関係）

第 年 月 日 号

様

岩倉市長 印

岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成却下通知書

年 月 日付けで申請のありました岩倉市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成については、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

却 下 の 理 由	
-----------	--