

(様式第1号) 松戸市乳幼児インフルエンザ予防接種費用助成金支給申請書

申請日 令和 年 月 日

松戸市長あて

フリガナ

申請者 氏名

〒 -

住所 松戸市

電話番号 - -

松戸市乳幼児インフルエンザ予防接種費用助成を受けたいので、次のとおり申請します。

【同意事項】以下の内容を確認し、同意する場合は□にチェックを入れ、世帯員全員の氏名等を表に記入してください。(自署・未成年の場合は保護者による代筆可)

↓同意チェック欄

□松戸市が助成の決定を行うため、申請者の氏名、住所及び生年月日並びに申請者の属する世帯の課税状況を確認することについて同意します。※同意されない場合は、課税状況が分かる書類の添付が必要となります。

●同意者は下表のとおりです。(自署・未成年の場合は保護者による代筆可)

		フリガナ 氏名	生年月日	住所
申請者			(昭・平・令) 年 月 日	松戸市
申請者以外の同一世帯全員記入	1		(昭・平・令) 年 月 日	□同上
	2		(昭・平・令) 年 月 日	□同上
	3		(昭・平・令) 年 月 日	□同上
	4		(昭・平・令) 年 月 日	□同上
	5		(昭・平・令) 年 月 日	□同上

1. 被接種者（予防接種を受けた方・複数人分記入可）

1 人 目	フリガナ		性別	男・女	生年月日	(平・令) 年 月 日		
	氏名							
	受けた予防接種（該当に☑）		回数	接種日		接種金額（税込）		
	□経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(1回のみ)		1回目	令和	年 月 日	円		
	□不活化インフルエンザ HA ワクチン(2回まで)		2回目	令和	年 月 日	円		
2 人 目	フリガナ		性別	男・女	生年月日	(平・令) 年 月 日		
	氏名							
	受けた予防接種（該当に☑）		回数	接種日		接種金額（税込）		
	□経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(1回のみ)		1回目	令和	年 月 日	円		
	□不活化インフルエンザ HA ワクチン(2回まで)		2回目	令和	年 月 日	円		
3 人 目	フリガナ		性別	男・女	生年月日	(平・令) 年 月 日		
	氏名							
	受けた予防接種（該当に☑）		回数	接種日		接種金額（税込）		
	□経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(1回のみ)		1回目	令和	年 月 日	円		
	□不活化インフルエンザ HA ワクチン(2回まで)		2回目	令和	年 月 日	円		

【裏面に続く】

2. 振込先

金融機関名			店名									
預金種別	☐ 普通・ ☐ 当座		口座番号									
フリガナ												
口座名義人												

※申請者と口座名義人が異なる場合

私（申請者）は、この申請に基づく受領に関する一切の権限を以下の受任者に委任します。

委任者氏名		印	委任者住所	
受任者氏名			受任者住所	

【添付書類（写しを提出）】

☐接種を受けたことがわかる書類（例：接種済証、母子健康手帳等）

☐領収書

☐当該予防接種の接種費用がわかる書類（例：費用内訳明細書等）

☐振込先口座がわかる書類（必要項目：銀行・支店・種別・口座番号・名義人）

☐住民税非課税証明書※

※被接種者の同一世帯に属する人のうち、令和7年1月1日時点で松戸市に住民記録がない18歳以上の人のみ

【提出先（郵送・窓口）】

〒271-0072 松戸市竹ヶ花 74-3 中央保健福祉センター3F 予防衛生課

※郵送の場合、封筒余白に「乳幼児インフルワクチン関係」と記載のご協力をお願いします。

【その他】

- ・助成の可否については、申請書を受理した翌月下旬に送付する予定です。
- ・振込は、申請書を受理した翌月末の予定です。

※以下職員使用欄

項目	確認日	確認者
対象児が接種日時点で松戸市に住民記録がなされている。	令和 年 月 日	
対象児が属する世帯の全員が、接種を受けた日の属する年度の市町村民税が非課税である。	令和 年 月 日	