

第2号様式（第6条関係）

中野区小児保健費助成申請書

申請期限は接種した日の翌年度の9月末までです。

2024年 1月 5日

申請者（保護者）口座に振り込みます。
保護者の氏名を記入押印をお願いします。

より助成を申請します。

住 所	中野区中野4-8-1		
氏 名	中野 太郎	電話番号	03(3382)6500

2 予防接種を受けた小児

氏 名	中野 花子	中野 次郎
生年月日	2020年 5月 1日 (満 3 歳)	2022年 8月 1日 (満 1 歳)
任意予防接種の 種別及び接種日	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 1回目 接種日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目 接種日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 1回目 接種日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目 接種日 年 月 日
	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 接種日 2023年 10月 1日 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 接種日 2023年 12月 5日	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 接種日 2023年 10月 1日 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 接種日 2023年 12月 5日

ゆうちょ銀行の振込用口座は漢数字3桁、口座番号7桁です。
通帳見開き1ページ目の下段をご確認のうえご記入ください。

3 振込先口座（※申請者と異なる）

金融機関名	みずほ 銀行 信用金庫 信用組合 農協	中野 支店
預金種別	普通・当座	口座番号 1234567
フリガナ	ナカノ タロウ	
口座名義人	中野 太郎	

原則、保護者（申請者）名義の口座をご記入ください。
他名義人口座への振込みは裏面委任状が必要です。

4 申請額

4,000 円

助成額を超えた場合、超えた分は自己負担となります。
助成額以下の場合、支払った金額を記入してください。

助成上限額（1回につき）
流行性耳下腺炎 4,000円
インフルエンザ 1,000円

5 添付書類

- 接種記録の分かる領収書（原本）
- 母子健康手帳の接種記録（写し）
- 申請者の本人確認書類の写し（例：運転免許証、パスポート）

領収書は日付・金額・医療機関名・接種名等の
内容が記載されている原本が必要です。
記載がない場合は、明細を添付してください。

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下記に記入・押印をお願いします。

※ 委 任 状

年 月 日

私は、次の者を代理人（受任者）と定め、小児任意予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者

住所 _____

氏名 _____

委任者（申請者）

氏名 _____

印