

## 令和4年度 村上市インフルエンザ予防接種費用助成申請書（妊婦・子ども）

令和 年 月 日

(宛先) 村上市長

### 申請者(保護者)

住 所 村上市

氏 名

電話番号

インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときは、村上市が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

### 【被接種者】

住 所	村上市		
氏 名	( 男 ・ 女 )		
生年月日	年	月	日(歳ヶ月)
加入保険種別	<input type="checkbox"/> 国 保	・	<input type="checkbox"/> 国保以外
助成の種別	<input type="checkbox"/> 生後6か月から18歳に達した日以後 <input type="checkbox"/> 最初の3月31日までの間にある者 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の交付を受けている妊婦		
申請回数	<input type="checkbox"/> 1回目 (1人につき年度内1回のみ申請可能)		

※接種に要した費用のうち2,000円(対象年度1回限り)を上限とします。なお、接種費用が2,000円に満たない場合は、実費を助成します。

- 申請は希望制になりますので、ご加入の保険の助成制度等により重複して助成を受けられない場合は、有利な助成制度の方を選択願います。

### ◆接種医療機関記入欄

医療機関名			
接種日	令和 年 月 日		
接種額	<input type="checkbox"/> 2,000円以上	<input type="checkbox"/> 2,000円未満( )円	