

第2号様式（第6条関係）

中野区小児任意予防接種費用助成申請書

2025 年 1 月 5 日

中野区長 宛て

申請期限は接種した日の
翌年度の9月末までです。

小児任意予防接種費用について、次のとおり助成を申請します。

1 申請者（保護者）

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

申請者（保護者）口座に振り込みます。
保護者氏名の記入をお願いします。

氏 名	中野 花子	中野 次郎
生 年 月 日	2021 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	☐ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	☐ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	☐ 1回目 接種日 年 月 日	☐ 1回目 接種日 年 月 日
	☐ 2回目 接種日 年 月 日	☐ 2回目 接種日 年 月 日
	☒ インフルエンザ	☒ インフルエンザ
	☒ 1回目 接種日 2024 年 10 月 1 日	☒ 1回目 接種日 2024 年 10 月 1 日
	☒ 2回目 接種日 2024 年 12 月 5 日	☒ 2回目 接種日 2024 年 12 月 5 日

3 振込先口座（※申請者と異なる）

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上、記入してください。

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				
フリガナ	ナカノ タロウ						
口座名義人	中野 太郎						

4 申請額

8,000 円

助成額を超えた場合、超えた分は自己負担となります。
助成額以下の場合は、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 2,000円

5 添付書類

- ☐ 接種記録の分かる領収書（原本）
 - ☐ 申請者の身分証明書写し（運転免許証、マイナンバーカード、健康手帳の接種記録（写し））
- 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みを希望される場合は、次の委任状に記入・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 _____

