

★ 日光市外医療機関で接種する方 ★

接種料金は全額お支払いください。その際必ず領収書を発行してもらってください。この用紙に記入し、インフルエンザ予防接種予診票（1枚目市提出用）と領収書（原本）を添えて提出（1回の接種につき1枚）してください。後日、助成金を振込みます。

※市内医療機関で接種する場合、この用紙は不要です。

日光市法定外予防接種費等助成申請書

令和 年 月 日

日光市長 様

住 所

申請者（被接種者） 氏 名

電話番号

（※被接種者が未成年の場合、申請者は保護者となります）

日光市法定外予防接種費等の助成を申請します。

被 接 種 者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	日光市		

※ 助成金の振込先を記入してください。

※ ゆうちょ銀行の方は支店名に3ケタの店番を記入してください。

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	フリガナ		預金種目	当座 普通
	口座名義人		口座番号	

※ 申請者と振込口座の口座名義人が異なる場合に記入してください。

私は 住所 氏名		委任状 を代理人と定め、日光市法定外予防接種費等の 助成金の受領を委任します。 令和 年 月 日 住 所 申請者と同じ 氏 名
-------------	--	---

領収書・予診票を添えて提出してください。提出期限は令和7年4月30日です。

※市処理欄

住民登録	接種年齢	予防接種名	助成金額
有・無	適・否	・インフルエンザ (小児 1回目・ 2回目) (中学生・高校生相当)	円