**★**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、インフルエンザまたは新型コロナウイルス感染症（中3・高3相当のみ）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　　　　　　　　本店・支店　　　　　　　　信用組合・農協　　　　　　　　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。

|  |
| --- |
| 委　任　状私は　住所を代理人と定め、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。　　　氏名　　　　　　　　　　　 　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８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３年生・高校３年生相当）・新型コロナワクチン（中学３年生・高校３年生相当） | 円 |