

阿南市子どもインフルエンザ予防接種助成金交付  
(代理受領委任払) 申請書兼請求書

阿南市長 宛て

インフルエンザ予防接種を受けますので、阿南市子どもインフルエンザ予防接種助成事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、助成金の請求及び受領については、下欄記載の提携医療機関に委任します。

住 所	阿南市				※ 1 回目 ・ 2 回目	
対象幼児 の氏名				保護者 の氏名		
生年月日	年 月 日生	年齢	歳 か月	連絡先	( )	

※ 本年度何回目に受ける予防接種かを、○で囲んでください。

【注意事項】

- 1 予防接種を受ける提携医療機関へ提出してください。
- 2 この予防接種は、定期接種ではありません。接種を希望される方が対象となる任意の予防接種です。
- 3 万が一予防接種の副作用によって対象幼児に健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成 1 4 年法律第 1 9 2 号）に基づく救済制度により、医療費等を請求することになります。
- 4 対象幼児の保護者がワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で、予防接種を受けてください。

【助成対象期間】 令和 7 年 1 0 月 1 日から同年 1 2 月 3 1 日まで  
【対 象 幼 児】 予防接種を受ける日において満 1 歳から小学校就学前までの年齢にある阿南市民の子ども  
【助成金の内容】 助成対象期間中 1 人 2 回まで、1 回 1, 500 円を限度に助成します。  
【予防接種費用】 予防接種を実施する提携医療機関によって異なります。  
なお、提携医療機関において予防接種を受ける際、その費用のうち、助成金相当額（1 回 1, 500 円）を差し引いた額が請求されます。

※ 以下の欄は、提携医療機関が記入してください。

使用ワクチン名	接種量	提携医療機関名・予防接種実施医師名・年月日
ワクチン名	(皮下接種)	提 携 医 療 機 関 名
Lot No.	ml	予 防 接 種 実 施 医 師 名
		予 防 接 種 実 施 年 月 日 年 月 日