

石川郡外で子どものインフルエンザ接種を受けられる保護者の皆様へ

【申請の流れ】

- ① 接種前に、法定外予防接種等交付金請求書を保健センターか、保健福祉課窓口から受け取ります。(ホームページ等からも可)。
- ② 法定外予防接種等交付金請求書を医療機関に持参し、お子さんの接種を受けます。
- ③ 保護者の方は、接種料金を一度全額、医療機関に支払います。
- ④ 医療機関で、法定外予防接種等交付金請求書に接種の証明をします。(□の部分)
- ⑤ 交付金請求書の必要事項(□の部分)を記入後、保健センターか保健福祉課に申請します。
- ⑥ 後日、申請された口座に、助成料金(4,000円を上限)が振込みされます。(申請後1ヶ月を目安)

【助成対象者】 満1歳～18歳(高校3年生相当)

【助成料金】 1人1回4,000円を上限に助成

(例: 接種料金が3,500円の場合、3,500円が助成料金となります。)

【助成期間】 令和5年10月1日～令和6年1月31日

【申請期間】 令和5年10月1日～令和6年2月29日

【申請場所】 保健センターまたは役場 保健福祉課

【その他】 **1枚でお子さん3人分申請できます。**(接種1回目・2回目どちらでも可)

記入例 法定外予防接種等交付金請求書

申請者住所	浅川町大字 ○○ 字 △△		連絡先	090-○○-△△						
申請者氏名	浅川 町男 ㊟		(被接種者との関係 父)							
交付金請求額	円	銀行コード	○○○○○							
		店番号	△△△							
		金融機関名	あさかわ		銀行					信用金庫 信用組合
		支店名	あさかわ		支店					
		口座番号	普・当	1	2	3	4	5	6	7
内訳	円×	人	フリガナ 口座名義人	あさかわ まちお 浅川 町男						

※申請者と口座名義人は同一でお願いします。

必ずフリガナをつけてください。

予防接種等料金受領証明書(医療機関記入欄)

	被接種者氏名	生年月日	接種月日	接種料金
1		年 月 日	年 月 日	円
2		年 月 日	年 月 日	円
3		年 月 日	年 月 日	円
医療機関所在地 名称 代表者名		印		