町田市長　様

年　月　日

2026年度町田市小児インフルエンザ予防接種費用助成申出書

（費用助成対象期間：2026年10月1日から2027年1月31日）

※申込できる方は、原則として被接種者の保護者（または親族）です。

住　　所　**町田市**

保護者氏名

電　　話

申請者確認・誓約事項【以下について確認後、「レ」チェックを記入してください。】

□　以下の①から④までの記載事項の内容を全て確認いたしました。

①被接種者は、接種日において町田市に住民登録があることに相違ありません。

②被接種者は、接種日において生後6か月から12歳11か月であることに相違ありません。

③町田市が必要と認めるときは、住民基本台帳等の調査を行うことについて同意します。

④申請内容に誤りがあり、支給要件に該当しない場合、助成金額を返還いたします。

太枠内を記入してください

1　被接種者 （接種を受ける方）	住　　所	**町田市** □申込者と同じ		
	フリガナ 氏　　名			
	生年月日（年齢） ・ 性　　別	□ 平成 □ 令和　　年　月　日 （　歳　か月）		
		性　別	□ 男	□ 女
2　接種回数 （いずれかにチェック）	□1回目　　□2回目			
3　助成金額 （いずれかにチェック）	注射用 ワクチン	□　2,000円	（接種費用が2,000円に満たない場合） □　円	
	※経鼻 生ワクチン	□　4,000円	（接種費用が4,000円に満たない場合） □　円	

※経鼻生ワクチンは、2歳から12歳までの方が対象となります。

医療機関処理欄

① 接 種 日	年　月　日 □助成対象期間内（2026年10月1日～2027年1月31日）であることを確認した
②医療機関名	佐藤寿一クリニック

町田市処理欄

住民登録要件	
年齢要件	