

柏市長 あて

※ 箇所をご入力ください

申請者	住所	〒277-0004 千葉県柏市柏下65-1	
	氏名	柏 太郎	
	被接種者との続柄		父
	電話	04-7128-8166	

柏市任意予防接種費助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書（小児インフルエンザ）

柏市補助金等交付規則により，下記のとおり助成金の交付を申請し，併せて事業の完了を報告します。なお，助成金の交付に当たり，市が住民基本台帳および柏市予防接種台帳を確認することに同意し，交付決定後は，本申請書をもって助成金を請求するものとします。

記

1 任意予防接種について（小児インフルエンザ） ※2回接種完了後，請求をお願いいたします。

被接種者	氏名 生年月日	①（一人目）	柏 一郎	（生年月日）	平成23年4月2日		
		②（二人目）	柏 二郎	（生年月日）	平成24年4月2日		
		③（三人目）	柏 三郎	（生年月日）	平成25年4月2日		
	住 所	（申請者と異なる場合に記入）					
接種日 ロットNo.	① 1回目	令和7年10月1日	HA234B	① 2回目	令和7年10月29日	740-B	
	② 1回目	令和7年10月1日	HA227B	② 2回目	令和7年10月29日	740-A	
	③ 1回目	令和7年10月1日	HA231B	③ 2回目	令和7年10月29日	731-B	
医療機関名	① 1回目	ウェルネス柏		① 2回目	ウェルネス柏		
	② 1回目	ウェルネス柏		② 2回目	ウェルネス柏		
	③ 1回目	ウェルネス柏		③ 2回目	ウェルネス柏		
添付書類	□領収書及び明細書 □ワクチン種別・接種日がわかる書類（予診票・予防接種済証・母子健康手帳） □振込先金融機関通帳またはカード（口座番号がわかるもの）						
補助金申請額 基礎算定	接種日時時点で生後6か月から中学校就学前であること。接種1回につき1,500円とする。ただし，補助金額よりも低料金の場合は，実施費用の全額補助とする。また，1人につき年度内2回の助成を上限とする。						

2 交付申請額

円

3 助成金の振込先口座

金融機関名	千葉		銀行 信金・信組 農協	支店名	柏		本店 支店			
預金種別	☒ 普通	☐ 当座	口座番号	0	0	0	0	0	0	0
フリガナ 口座名義	カシワ タロウ 柏 太郎									

市使用欄 住民登録☐ 申請者確認☐ 対象年齢☐ 接種日☐
領収書☐ 接種医療機関☐ 口座情報☐ ワクチン種別☐