

柏市長 あて

※ 箇所をご入力ください

申請者	住所	〒	
	氏名		
	被接種者との続柄		
	電話		

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（おたふくかぜ）

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（おたふくかぜ）

被接種者	(ふりがな) 氏名		生年月日	
	住所	(申請者と異なる場合に記入)		
	接種日		ロットNo.	
医療機関名				
添付書類		<input type="checkbox"/> 領収書、領収書にワクチン種別の記載がない場合は明細書も添付 <input type="checkbox"/> ワクチン種別がわかる書類（予診票・予防接種済証・母子手帳） <input type="checkbox"/> 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1歳から小学校就学前であること。ただし令和8年度に限り、接種日時時点で小学1年生・2年生の者も対象。接種1回につき2,500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（申請者名義の口座のみ可能）

金融機関名		銀行 信金・信組 農協	支店名		本店 支店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号			
フリガナ 口座名義					

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

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 花子	
	被接種者との続柄	母	
	電話	00-0000-0000	

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（おたふくかぜ）

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（おたふくかぜ）

被接種者	(ふりがな) 氏名	かしわ たろう 柏 太郎	生年月日	令和6年4月1日
	住所	(申請者と異なる場合に記入)		
	接種日	令和8年4月1日	ロットNo.	G000
医療機関名		ウェルネス病院		
添付書類		<input checked="" type="checkbox"/> 領収書、領収書にワクチン種別の記載がない場合は明細書も添付 <input checked="" type="checkbox"/> ワクチン種別がわかる書類（予診票・予防接種済証・母子健康手帳） <input checked="" type="checkbox"/> 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		接種日時点で1歳から小学校就学前であること。ただし令和8年度に限り、接種日時点で小学1年生・2年生の者も対象。接種1回につき2,500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2回の助成を上限とする。		

2 交付申請額

_____円

金額は未記入で
お願いします。

3 助成金の振込先口座（申請者名義の口座のみ可能）

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	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0 0 0	0 0 0	0
フリガナ 口座名義	カシワ ハナコ 柏 花子				

振込先名義は申請者名義でお願いします。
申請者と名義が異なる場合は、郵送用（自筆）で申請してください。