

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 年 月 日 ☐ 令和 (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	東京都町田市旭町1-15-21-101 石場こどもクリニック 電話 042-710-1322 石 場 俊 太 郎

町田市処理欄

住民登録要件	
年齢要件	