

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	医療法人社団 公朋会 西嶋医院 〒194-0043 東京都町田市成瀬台3-8-18 TEL 042-726-7871 FAX 042-726-6452

町田市処理欄

住民登録要件	
年齢要件	