

令和 年 月 日

中土佐町こどもインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

中土佐町長 様

申請者 住所 〒
(保護者) 中土佐町氏名 印
電話
(対象者との続柄)

中土佐町こどもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求します。なお、本申請に関し、町が保有する個人情報を確認すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

1. 接種対象者

氏 名 (対象小児)	生年月日	接種日				※町処理欄	
						助成決定額	
	平成・令和 年 月 日	1回目	令和	年	月	日	円
		2回目	令和	年	月	日	円
	平成・令和 年 月 日	1回目	令和	年	月	日	円
		2回目	令和	年	月	日	円
	平成・令和 年 月 日	1回目	令和	年	月	日	円
		2回目	令和	年	月	日	円
	平成・令和 年 月 日	1回目	令和	年	月	日	円
		2回目	令和	年	月	日	円
合 計							円

2. 請求金額 円

【振込先】

金融機関名	店 名	預金種別	口座番号					
銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	普通・当座						
口座名義人	フリガナ							
	氏 名							

添付書類

- (1) 予防接種費用の額が分かる領収書
- (2) 予防接種の接種年月日が確認できる書類(母子健康手帳の写し可)

アンケートにご回答ください

こどもインフルエンザ予防接種費用への助成は、中土佐町のこどもたちをインフルエンザ感染から守り、子育て家庭の経済的な負担を軽減するため、令和6年度からはじまりました。

事業の効果や満足度について、今後の検討材料とするため、次の質問にご回答をおねがいします。

※ 当てはまる項目に ☒ を入れてください。

- ① 今シーズンのインフルエンザ予防接種を受ける前から、町の助成があることを知っていましたか？

- ☐ 知っていた
☐ 知らなかった ➡ ③へ

- ② インフルエンザ予防接種の費用助成は、接種を受ける動機となりましたか？

- ☐ 大いになった
☐ まあまあなった
☐ あまりなっていない
☐ なっていない

- ③ 助成金(接種1回につき2,000円)は、子育て家庭の応援とお子様の育成に役立っていると思いますか。

- ☐ 大いに役立っている
☐ まあまあ役立っている
☐ あまり役立っていない
☐ 役立っていない

質問は、以上です。ご協力ありがとうございました。