

下記を記入することにより、助成を受けることができます。

質問にお答えください。（今年度初めて接種される方は、裏面のアンケート調査にもご協力をお願いします。）

(1)インフルエンザワクチンを受ける方は岩国市に住民登録がありますか	はい ・ いいえ
(2)接種時の年齢は、生後 6 ヶ月から年度内に 15 歳となるまでに該当しますか	はい ・ いいえ
今年度のインフルエンザ予防接種は、何回目の接種ですか	
1 回目	2 回目（前回接種日 R 年 月 日）

※ (1)、(2)のいずれかが「いいえ」の方は、助成の対象となりません。（以下記入不可）
※ 接種時の年齢が生後 6 ヶ月から 15 歳となる日の年度の末日までの間にある方を対象とした助成制度です。助成対象となる接種回数は、接種時において生後 6 ヶ月から 13 歳未満までの方は 2 回まで（経鼻ワクチンを使用する場合は 1 回）、13 歳以上は 1 回となります。

岩国市こどもインフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書兼委任状

令和 年 月 日

（宛先）岩国市長 様

申請者（保護者）

氏 名 ㊟

被接種者との続柄

住 所

電 話

注 申請者本人が自署した場合、押印は必要ありません。

岩国市こどもインフルエンザ予防接種費用補助金交付規則第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

なお、補助金の交付の決定に当たり必要となる情報について、担当課職員が住民基本台帳等により確認することについて同意します。

被 接 種 者 名	住 所	<input type="checkbox"/> 同上（上記と同じ場合はチェックのみで結構です。） 岩国市		
	ふりがな		電話番号	<input type="checkbox"/> 同上
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
接種年月日		令和 年 月 日	補助金交付申請額	2, 5 0 0 円

委任状

補助金の交付が決定された場合は、補助金の受領の権限を次の者に委任します。

接 種 医 療 機 関 （代理人）	住 所	
	医療機関名	
	代表者名 （医師名）	

・《医療機関記入欄》・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

上記の被接種者に下記のとおりこどもインフルエンザ予防接種を実施しました。

（受 任 者）
医療機関名
及び医師名

使用ワクチン名・ロット番号
接 種 年 月 日
令和 年 月 日

こどもインフルエンザ予防接種助成に係るアンケート調査

こどもインフルエンザ予防接種助成事業とは、生後 6 ヶ月から年度内に 15 歳となるこどものインフルエンザ予防接種に対して、接種費用のうち 2,500 円（上限）を岩国市が負担するものです。本補助事業の成果を集計し、さらなる市民サービスの向上を図るためのアンケート調査を行いますので、ご協力をお願いいたします。

いずれかに○をつけてください。

○ 対象のお子様は、今までにインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。

はい ・ いいえ

○ この助成制度があることによって、予防接種が受けやすくなったと感じますか。

はい ・ いいえ

○ この助成制度は、子どもを安心して産み育てることができるまちづくりを目指し、岩国市が独自で実施しています。

この助成制度が子育て支援の一環になっていると思いますか。

はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。

※この助成は特定防衛施設周辺整備調整交付金により実施しています。