志木市中学３年生・高校３年生インフルエンザ任意予防接種助成事業　提出書類の例

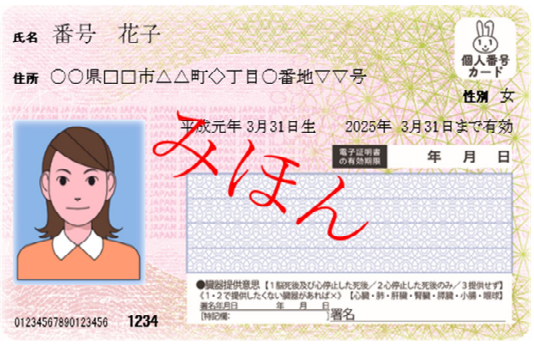
①志木市中学３年生・高校３年生インフルエンザ任意予防接種助成金

交付申請書兼請求書（窓口申請または郵送申請の方のみ必要です。）

市ホームページに掲載されている PDF を印刷してご利用いただくか、
健康増進センターの窓口で配布しているものをご利用ください。電子申請の方は不要です。

②申請者（保護者）の本人確認できる書類の写し

顔写真ありの場合は１点：運転免許証、マイナンバーカード（表面のみ）、旅券　等
顔写真なしの場合は２点：資格確認書、年金手帳、こども医療費受給証　等



または

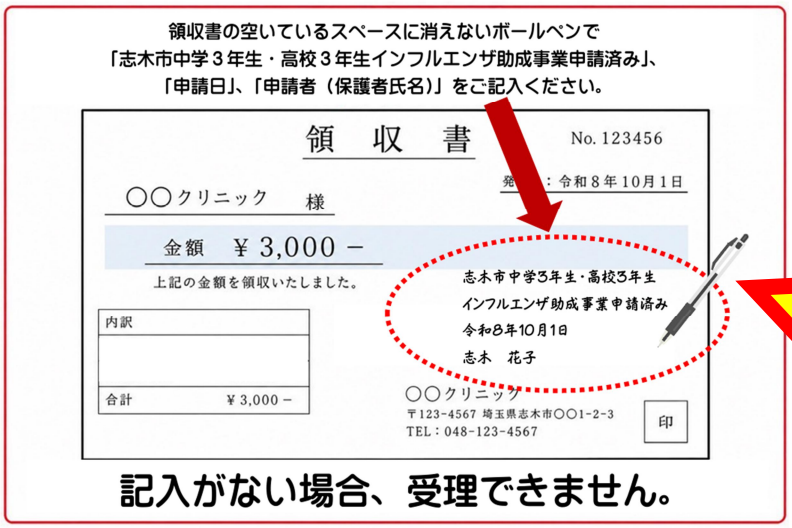




③ 医療機関が発行した領収書・明細書の写し

以下の３点を領収書**原本**の空いているスペースに消えないボールペンで必ずご記入したものの写しをご用意ください。

・志木市中学３年生・高校３年生インフルエンザ助成事業申請済み
・申請日
・申請者（保護者氏名）



⚠原本に記入した後、

コピーしてください。

コピーに記入しないよう
お気を付けください。

④予防接種の実施年月日及び接種したワクチンの種類が確認できる書類の写し

母子健康手帳の「予防接種の記録」ページ、予防接種済証、予診票の写し等

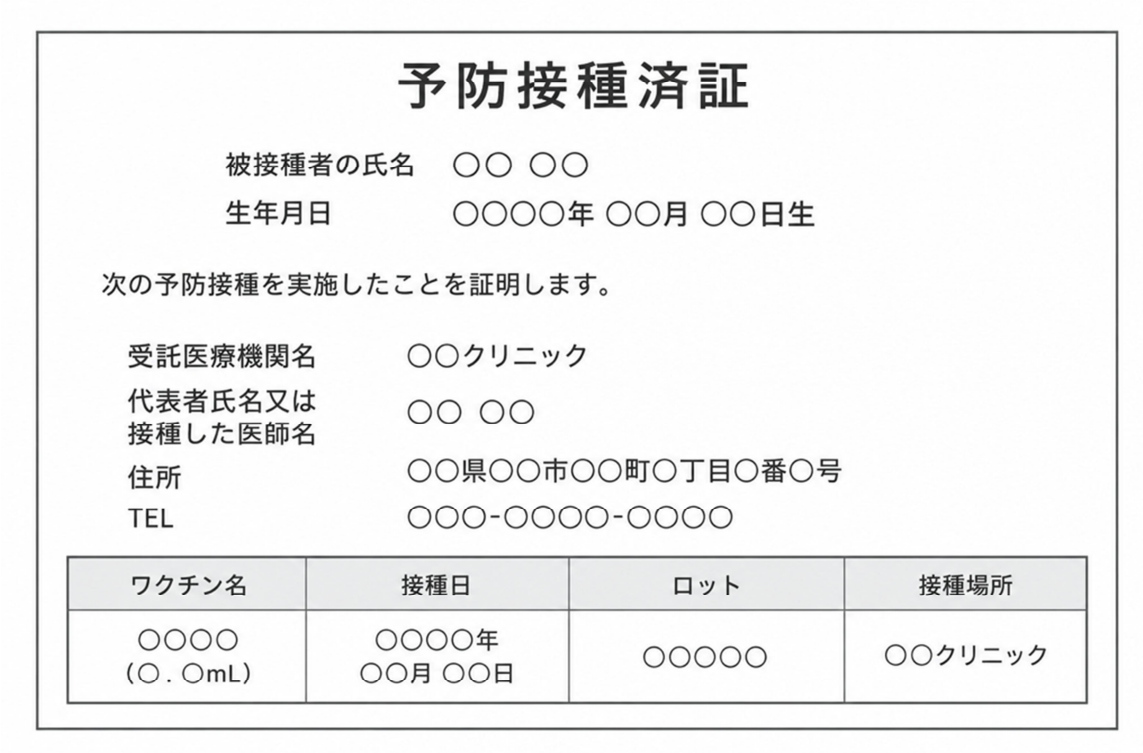


予防接種の記録

ワクチン名	接種日（年/月/日）	メーカー・ロットNo.	接種医療機関	備考

予防接種の記録

ワクチン名	接種日（年/月/日）	メーカー・ロットNo.	接種医療機関	備考
インフルエンザ	R8/10/1	●●	●クリニック	



予防接種済証

被接種者の氏名　〇〇 〇〇

生年月日　〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日生

次の予防接種を実施したことを証明します。

受託医療機関名　〇〇クリニック

代表者氏名又は接種した医師名　〇〇 〇〇

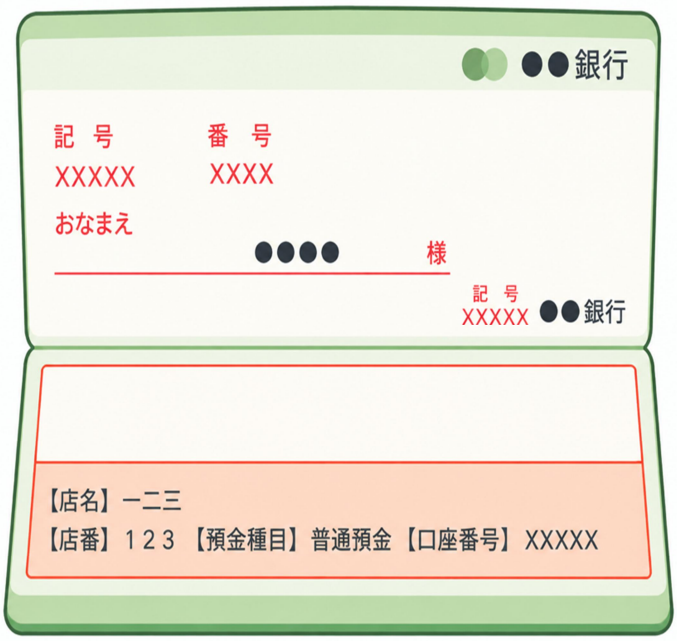
住所　〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

TEL　〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

ワクチン名	接種日	ロット	接種場所
〇〇〇〇 （〇．〇mL）	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇〇〇〇	〇〇クリニック

⑤振込先のわかるものの写し

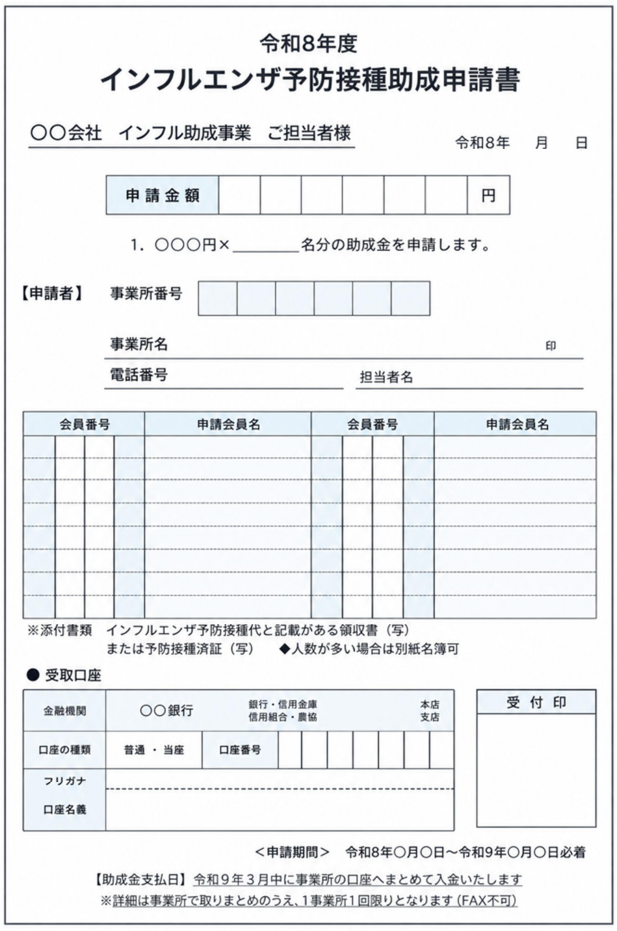
通帳の見開きページ、キャッシュカード、インターネットバンキングのスクリーンショット等





※⑥お勤め先等から助成を受ける場合、その明細（助成金額）が分かる書類の写し

→お勤め先への申請書の写し、電子申請のスクリーンショット、振込決定通知書等の写し
　申請書の様式や決定通知書の発行方法等はお勤め先等にお問い合わせください。



令和8年度

インフルエンザ予防接種助成申請書

○○会社　インフル助成事業　ご担当者様　　令和8年　月　日

申請金額							円

1．○○○円×＿＿＿＿名分の助成金を申請します。

【申請者】　事業所番号

事業所名　　印

電話番号　　担当者名

会員番号	申請会員名	会員番号	申請会員名

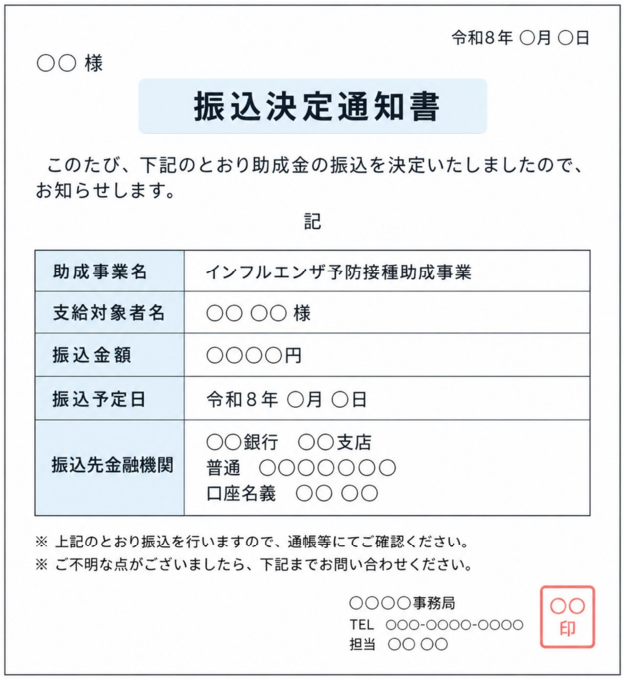
※添付書類　インフルエンザ予防接種代と記載がある領収書（写）
または予防接種済証（写）　◆人数が多い場合は別紙名簿可

● 受取口座

金融機関	○○銀行　銀行・信用金庫 信用組合・農協　本店 支店	受付印
口座の種類	普通・当座　口座番号	
フリガナ		
口座名義		

＜申請期間＞　令和8年○月○日～令和9年○月○日必着

【助成金支払日】令和９年３月中に事業所の口座へまとめて入金いたします
※詳細は事業所で取りまとめのうえ、1事業所1回限りとなります（FAX不可）



令和8年 ○月 ○日

○○ 様

振込決定通知書

このたび、下記のとおり助成金の振込を決定いたしましたので、お知らせします。

記

助成事業名	インフルエンザ予防接種助成事業
支給対象者名	○○ ○○ 様
振込金額	○○○○円
振込予定日	令和８年 ○月 ○日
振込先金融機関	○○銀行　○○支店 普通　○○○○○○○ 口座名義　○○ ○○

※ 上記のとおり振込を行いますので、通帳等にてご確認ください。
※ ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

○○○○事務局
TEL ○○○-○○○○-○○○○
担当 ○○ ○○

○○印