

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<br>(接種を受ける方)   | 住 所                                                       | 町田市                             |                                                    |   |
|                       |                                                           | <input type="checkbox"/> 申込者と同じ |                                                    |   |
|                       | フリガナ氏名                                                    |                                 |                                                    |   |
|                       |                                                           |                                 |                                                    |   |
| 生年月日(年齢)<br>性 別       | <input type="checkbox"/> 平成                               | 年                               | 月                                                  | 日 |
|                       | <input type="checkbox"/> 令和                               | ( 歳                             | か月)                                                |   |
|                       | 性 別                                                       | <input type="checkbox"/> 男      | <input type="checkbox"/> 女                         |   |
| 2 接種回数<br>(いずれかにチェック) | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 |                                 |                                                    |   |
| 3 助成金額<br>(いずれかにチェック) | 注射用<br>ワクチン                                               | <input type="checkbox"/> 2,000円 | (接種費用が2,000円に満たない場合)<br><input type="checkbox"/> 円 |   |
|                       | ※経鼻<br>生ワクチン                                              | <input type="checkbox"/> 4,000円 | (接種費用が4,000円に満たない場合)<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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  |                                                                            |

町田市処理欄

|        |  |
|--------|--|
| 住民登録要件 |  |
| 年齢要件   |  |