



令和 年 月 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

住所 宇都宮市

(申請者) 氏名



電話

インフルエンザ予防接種補助金申請書

宇都宮市インフルエンザ予防接種費の助成に関する支給要領第 6 条の規定により、補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

【被接種者氏名】 \_\_\_\_\_

【被接種者住所】 宇都宮市 \_\_\_\_\_

【被接種者生年月日】 昭和・平成・令和 年 月 日

【補助区分 (いずれかに○をつけてください。)]

- 1. 生後 6 か月から中学 3 年生 (平成 17 年 4 月 2 日以降に生まれた方)
- 2. 6 4 歳以下で裏面の基礎疾患を有する方 (基礎疾患名 \_\_\_\_\_)
- 3. 妊婦
- 4. 1 ~ 3 に該当しない高校 1 年生 (平成 17 年 4 月 1 日までに生まれた方) から 6 4 歳以下の方

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

(参考) 交付申請額について (領収書の金額を上限とします。)

補助区分・接種回数	交付申請額
1 に該当する方で 2 回接種 (生後 6 か月から 1 3 歳未満に限る)	5, 0 0 0 円
1 に該当する方で 1 回接種	2, 5 0 0 円
2 または 3 に該当する方 (補助回数は 1 回のみ)	2, 5 0 0 円
4 に該当する方 (補助回数は 1 回のみ)	1, 0 0 0 円

添付書類 予診票の写し, 領収書の原本 (接種した予防接種名が記載されているもの)

注意事項

申請は, 接種後 6 か月以内に行ってください。(6 か月を過ぎたものは申請できません。)

【対象者ごとの補助額】

対象者	補助金額
生後6か月から中学3年生（平成17年4月2日以降に生まれた方）	2,500円
64歳以下で下表の基礎疾患を有する方	
妊婦	
上記に該当しない 高校1年生(平成17年4月1日までに生まれた方)から64歳以下の方	1,000円

※ 生後6か月から13歳未満の方の補助回数は2回まで。それ以外の方は1回となっています。

【基礎疾患】

1	慢性呼吸器疾患	7	糖尿病		
2	慢性心疾患（高血圧除く）	8	疾患や治療に伴う免疫抑制状態		
3	慢性腎疾患			1	悪性腫瘍
4	慢性肝疾患（慢性肝炎除く）			2	関節リウマチ・膠原病
5	神経疾患・神経筋疾患			3	内分泌疾患（肥満含む）
6	血液疾患 （鉄欠乏性貧血と免疫抑制療法を受けていない特発性血小板減少性紫斑病・溶血性貧血を除く）			4	消化器疾患
		5	HIV感染症・その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態		
		9	小児科領域の慢性疾患		

※ 8-1～8-5の疾患については、8「疾患や治療に伴う免疫抑制状態」である場合にのみ、基礎疾患として認められるものです。