

なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成クーポン券

(なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成申込書)

- ・予防接種を希望される方で、助成の対象となる方は、本クーポン券に必要事項を記入し、接種時に対象医療機関の窓口にて提出することで、接種費用から1,000円が割引されます(当日は本人確認書類等をお持ちください。)
- ・対象医療機関は名古屋市公式サイトで確認ください。対象医療機関以外では、本クーポン券を提出しても助成は受けられません。
- ・助成の対象となる方は、予防接種を受ける日において、名古屋市に住民登録がある①生後6か月～小学校2年生相当の年齢の方〔平成24年4月2日以降に生まれた方で、接種日時時点で生後6か月以上の方〕(以下、「子ども」という)と、②妊娠中の方(以下、「妊婦」という)に限ります。
- ・子どもについて、2回目の接種を受ける際は、改めて本クーポン券(コピー可)を記入し提出する必要があります。
- ・予防接種にあたっては、医療機関で必要な説明を受けるとともに、予診票の記入をしてください。

(本人等記載欄) 欄内に文字または数字を記入するか、印をつけてください。

接種を受ける人	<input type="checkbox"/> 乳幼児(生後6か月)～小学校2年生相当年齢【子ども】に該当する <input type="checkbox"/> 妊娠中【妊婦】 名古屋市市民です。	
接種年月日	令和__年__月__日	注) 助成対象は令和3年1月31日接種分までです。
接種回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目(子どもの場合のみ)	注) 令和2年度中の上限回数(子どもは2回、妊婦は1回)を超える接種については助成対象とはなりません。
フリガナ		
受ける人の氏名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和__年__月__日生 <input type="checkbox"/> 平成__年__月__日生 <input type="checkbox"/> 令和__年__月__日生 〔1歳以上の方：満__歳〕 〔1歳未満の方：満__か月〕	注) 子どもの場合、助成対象となる方は、 平成24年4月2日以降に生まれた方で、 接種日時時点で生後6か月以上の方です。
住所	名古屋市__区__	
(子どもの場合のみ記入) 保護者の氏名	(子どもから見た続柄：)	

※本事業は名古屋市の助成事業であるため、本クーポン券は名古屋市に提出されます。

(対象医療機関記入欄)

接種年月日	令和__年__月__日
本人確認書類 等チェック欄	【子ども・妊婦共通】住所・氏名・生年月日を確認できる書類(いずれか一つ) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 子ども医療証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()
	【妊婦のみ】妊娠中であることを確認できる書類(いずれか一つ) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他()
所在地	
名称	
接種医師名	

(対象医療機関の方へ)

※助成対象の要件を満たさない方の請求については受理できません。

※本事業にかかる請求がある場合は、「なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事業実施総括表」に本クーポン券(原本)を添えて、事前に配付した専用封筒(水色)にて毎月10日までに名古屋市へご提出ください(それ以外のものは封入しないでください。)