

東神楽町任意予防接種費助成金交付請求書

請求日	年	月	日
-----	---	---	---

東神楽町長 様

請求者

住 所	東神楽町
フリガナ	
請求者氏名	
電話番号	

下記のとおり任意予防接種をしましたので、予防接種証明を添えて助成金の交付請求をします。なお、この請求に関連し住所、接種状況、振込口座情報等を調査することを承諾します。

1 被接種者名等

予防接種を受けた者の氏名	生年月日	予防接種の種類	接種日	接種金額	接種医療機関名
フリガナ	年 月 日		年 月 日	① 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	② 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	③ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	④ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑤ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑥ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑦ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑧ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑨ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑩ 円	

2 請求額

円(接種金額①～⑩の合計額のうち、助成対象範囲については下表を参照)

助成対象範囲等一覧

種 類	対象者	交付回数	助成額
インフルエンザ	中学校修了までの者 妊婦	制限なし	実費額の2分の1 (1円未満切捨て)
新型コロナウイルス	中学校修了までの者 妊婦		
風 疹	19歳以上の者		
そ の 他	中学校修了までの者		

※中学校修了までは、出生から中学校を卒業する年の3月31日までの期間とする。

※風疹予防接種の助成対象は上記年齢の町民の内、妊娠を予定または希望している者及び免疫のない妊婦の配偶者とする。

※風疹予防接種は麻疹・風疹混合ワクチンの接種も助成対象とする。

※その他の予防接種は、日本国内で認可を受けているワクチンを使用した任意予防接種に限る。また海外へ渡航するために接種するものは助成の対象外とする。

3 振込先

※児童手当と同様の振込先を希望し、その口座情報の調査を承諾する場合

チェックを入れてください。→ (他の振込先を指定したい場合、下の欄にご記入ください。)

金融機関・支店名	銀行 農協 信金・信組	本店 支店	※町記入欄	
	普通・当座	口座番号	確認者名	
口 座	名義人	フリガナ	確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()