

東神楽町任意予防接種費助成金交付申請書兼請求書

請求日

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	

※請求者と口座名義人は同一であることが必要です。

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	

欄が不足する場合は裏面に記入ください。

2 請求額

_____円(接種金額の合計額のうち、助成対象範囲については下表を参照)

・他の助成や割引制度を利用(している・していない)

※「している」を選んだ場合は、助成金額が分かるもの(決定通知書等)を持参してください。

助成・割引額を差し引いた自己負担額を基に金額を算出します。

助成対象範囲等一覧

種類	対象者	助成額	交付回数
インフルエンザ 新型コロナウイルス	高校生までの者・妊婦	実費額の2分の1 (1円未満切捨て)	制限なし
風しん	・18歳以上50歳未満で妊娠を希望している者 ・妊婦のパートナー(胎児の父親) ・妊娠を希望している者の配偶者 ただし、上記のうち以下の者は除く。 ・風しんに罹患したことのある者 ・抗体が十分にある者		
高齢者の肺炎球菌	66歳以上の者		
帯状疱疹	65歳以上で定期接種の対象外となる者 50歳から64歳までの者		
その他	高校生までの者	実費額の2分の1 (1円未満切捨て)	

備考

- 1 高校生までの者とは、出生から満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者とする。
- 2 風しん予防接種は麻しん・風しん混合ワクチンの接種も助成対象とする。
- 3 風しん予防接種の抗体が十分にある者とは、抗体検査を受けた場合、HI法で32倍以上、EIA法で8.0以上の者とする。
- 4 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であって、高校生までの者を対象とするものに限る。ただし、妊婦が接種を受けることにより抗体を産生し、その抗体が胎児に移行することで、新生児を感染から守ることを目的とした任意予防接種も含まれるものとする。

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。)

※公務員の場合は、町で口座情報を照会できないため、下の欄に記入ください。

金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店
口 座	普通・当座	口座番号
	名義人	フリガナ

※町記入欄	
確認者名	
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()

別記第1号様式(第3条関係)

表面の欄で不足する場合は下記に記入ください。

接種金額の合計額のうち、助成額を表面の「2 請求額」部分に記入をお願いします。

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	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	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑪ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑫ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑬ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑭ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑮ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑯ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑰ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑱ 円	
フリガナ	年 月 日		年 月 日	⑳ 円	