

(第7号様式)

瀬戸市任意予防接種費用助成金交付申請書

[インフルエンザワクチン]

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者 住所 瀬戸市

| | |
|----------|---|
| 氏名 | 印 |
| 電話番号 () | — |

下記のとおり任意予防接種に係る費用の助成を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する住民記録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

1 申請者と同一世帯の接種者及び金額

| 被接種者氏名 生年月日 (接種日の年齢) | 対象区分 下記(※)の 区分から該当 番号を選択 し、○をつけ てください | 接種回数 該当する項目 に○をつけて ください | 接種日 | 接種に 要した費用 【A】 | 上限額 【B】 | 申請額 【AまたはBの低い額】 | | | |
|----------------------------|--|----------------------------------|----------|---------------------|------------|--------------------|--------|--------|---|
| 年 月 日生 (歳 か月) | (1) | 1回目 | 令和 年 月 日 | 円 | 2,000円 | 円 | | | |
| | (2) | 2回目 | 令和 年 月 日 | 円 | | 円 | | | |
| | (3) | | | | | 円 | | | |
| 年 月 日生 (歳 か月) | (1) | 1回目 | 令和 年 月 日 | 円 | | 2,000円 | 円 | | |
| | (2) | 2回目 | 令和 年 月 日 | 円 | | | 円 | | |
| | (3) | | | | | | 円 | | |
| 年 月 日生 (歳 か月) | (1) | 1回目 | 令和 年 月 日 | 円 | | | 2,000円 | 円 | |
| | (2) | 2回目 | 令和 年 月 日 | 円 | | | | 円 | |
| | (3) | | | | | | | 円 | |
| 年 月 日生 (歳 か月) | (1) | 1回目 | 令和 年 月 日 | 円 | | | | 2,000円 | 円 |
| | (2) | 2回目 | 令和 年 月 日 | 円 | | | | | 円 |
| | (3) | | | | | | | | 円 |
| 申請額合計 | | | | | | | | | 円 |

(※) 対象区分：(1)生後6か月以降中学3年生までの子 (2)妊婦
 (3)基礎疾患を有する方 ※高校1年生相当の年齢から満60歳未満の方で心臓・腎臓・呼吸器の機能、
 または、ヒト免疫不全ウイルスによる機能障害がある(身体障害者手帳1級程度)

2 振込先 (申請者と口座名義人が異なる場合は、別紙委任状に記入押印ください。)

| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | 口座名義人 (カタカナ) |
|------------------|-----------------|-------|------|-----------------|
| 銀行 信用金庫 農協 | 本店 支店 営業所 | 普通・当座 | | |

3 申請書に添付するもの

- 接種した医療機関が発行した領収書の原本
- 予防接種の種類と接種日のわかるもの (母子手帳、接種済証、予診票などのコピー)
- 振込先口座番号のわかるもの (通帳またはキャッシュカードのコピー)
- 対象者の確認書類および身分証明書のコピー
 - 生後6か月～中学3年生…子ども医療費受給者証等のコピー
 - 妊婦…母子健康手帳、身分証明書 (運転免許証 (表・裏), 健康保険証等) のコピー
 - 基礎疾患を有する方…身体障害者手帳等、身分証明書 (運転免許証 (表・裏), 健康保険証等) のコピー

瀬戸市任意予防接種費用助成金交付申請書 添付書類台紙
(インフルエンザワクチン)

申請者 住所

瀬戸市

氏名

① の り し ろ

領 収 書 (原本)

原本の返却を希望される方は、糊で貼らないでください。
また返却を希望される方は、返信用の封筒に切手を貼って同封してください。

② の り し ろ

予防接種の種類と接種日のわかるもの (コピー)

母子手帳の記載部分、接種済証、予診票などのコピー
領収書で**予防接種の種類、接種日**がわかれば添付は不要です。

③ の り し ろ

振込先口座番号のわかるもの (コピー)

申請者の通帳またはキャッシュカードのコピー

対象者確認書類、身分証明書（コピー）

- (1) 生後6か月以降中学3年生までの子
 - ・子ども医療費受給者証等のコピー

- (2) 妊婦
 - ・母子健康手帳（妊婦の氏名がわかる部分）のコピー
 - ・身分証明書（運転免許証（表・裏）、健康保険証等）のコピー

- (3) 基礎疾患を有する方
 - 高校1年生相当の年齢から満60歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器、または、ヒト免疫不全ウイルスによる機能障害（障害者手帳1級程度）がある方
 - ・身体障害者手帳など（氏名、住所、障害名がわかる部分）のコピー
 - ・身分証明書（運転免許証（表・裏）、健康保険証等）のコピー（身体障害者手帳があれば不要）