

【書き方見本】

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〕

申請期間は令和3年3月12日
まで！（消印有効）

令和 ●年 ●月 ●日

お子さんの場合は、保護者(子ども医療費受給者の受給者名等)のお名前をお書き下さい。
それ以外の場合は、被接種者のお名前をお書きください。

申請者 住所

瀬戸市川端町1-31

スタンプ印不可

氏名

瀬戸 太郎

印

電話番号

(0123) 45 - 6789

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】
瀬戸 陶子 平成20年9月28日生 (12歳 1か月)	①	1回目	令和 2年10月26日	3,500円	2,000円	2,000円
	②	2回目	令和 2年11月16日	3,500円		2,000円
瀬戸 陶一郎 平成18年8月22日生 (14歳 1か月)	①	1回目	令和 2年10月26日	3,500円		円
	②	2回目	令和 年 月 日	円		円
瀬戸 花子 昭和57年4月16日生 (38歳 7か月)	①	1回目	令和 2年11月26日	3,500円		円
	②	2回目	令和 年 月 日	円		円
年 月 日 (歳 か月)	③		年 月 日	円		円
申請額合計						8,000円

13歳未満は2回まで助成可能。
13歳以上は1回まで。

接種費用または上限額の
低い額をご記入ください。

(※) 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	1234567	セト タロウ

申請者と異なる場合
は委任状が必要です。

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