

瀬戸市インフルエンザワクチン任意接種費用助成事業申請書

宛先 瀬戸市長

下記のとおり、インフルエンザ任意接種事業にかか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と同意します。

記

申請日 (接種日)	令和 年 月 日	※本日付で市外に転出される場合は、対象外となり、 全額実費徴収となります。	
住民票のある 住所	瀬戸市		
申請者氏名 (保護者氏名)		電話番号	

- 1 下枠内も含め、記入漏れがないかを確認し、提出してください。助成額は、医療機関窓口で接種費用から差し引かれます。
- 2 本申請書は、1回の接種につき1枚必要です。
- 3 対象区分①・②に該当する場合は、母子健康手帳を提示してください。
- 4 対象区分③に該当する場合は、身体障害者手帳又は診断書を提示してください。

(★) 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 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)
-----------------	---

〔申請者記入欄〕

〔医療機関記入欄〕

被接種者(接種希望者)氏名	生年月日 (接種日の年齢)	対象区分 上記(★)の区分から 該当番号を選び、 ○をつけてください	ワクチン接種回数等 該当する項目に○をつけてください
	S H R 年 月 日生 (歳 か月)	① ② ③	1回目・2回目(※) ※接種日に13歳未満のみ 接種見合わせ
	S H R 年 月 日生 (歳 か月)	① ② ③	1回目・2回目(※) ※接種日に13歳未満のみ 接種見合わせ
	S H R 年 月 日生 (歳 か月)	① ② ③	1回目・2回目(※) ※接種日に13歳未満のみ 接種見合わせ
	S H R 年 月 日生 (歳 か月)	① ② ③	1回目・2回目(※) ※接種日に13歳未満のみ 接種見合わせ
	S H R 年 月 日生 (歳 か月)	① ② ③	1回目・2回目(※) ※接種日に13歳未満のみ 接種見合わせ

〔医療機関記入欄〕

(*) 接種見合わせは、助成対象外となります。

接種実施 医療機関名		助成金の額	一人1回当たり 2,000円(*)	
		助成件数	区分①	件 (計)
			区分②	件
区分③	件	件		
接種年月日	年 月 日	助成総額	円	

《医療機関の方へ》

- ・本書を請求書に添付し、市へ請求してください。予診票の添付は不要です。必要時、照会させていただく場合があります。
- ・対象区分③に該当する方に接種された場合は、身体障害者手帳又は診断書の写しを添付してください。