第1-1号様式(第5条関係)

記入例

瀬戸市予防接種費用助成金交付申請書

年　月　日

(宛先) 瀬 戸 市 長

申請者　住所　瀬戸市川端町1丁目31番地

氏名　瀬戸　太郎

被接種者との続柄(　父

電話番号　(0561)85-5090

瀬戸市予防接種費用助成金交付要綱第５条第１項の規定により、関係書類を添え、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、当該助成金の交付決定のために必要な住民基本台帳に関する情報について調査すること及び医療機関に確認することに同意します。

1 被接種者について

被接種者氏名	瀬戸　太一	生年月日	H (R)　4　年　4 月　2 日
住所	瀬戸市川端町1丁目31番地		
申請理由	里帰りをしていたため		

2 接種した予防接種種類及び金額

裏面の上限額一覧をご覧ください。

HPVワクチンおよびロタワクチンは、
ワクチンの種類によって上限額が異なります。
種類まで記載をお願いします。

AまたはBの金額が低い額になります。

予防接種の種類	期・回数	接種日	接種に要した費用(A)	上限額(B)	申請額 (A又はBの金額の低い額)
ヒブ	1回目	R6年6月2日	8,000 円	11,888 円	8,000 円
水痘	1回目	R5年4月3日	12,000 円	11,403 円	11,403 円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
				合計請求額	19,403 円

※支給額は、各年度において予防接種の種類ごとに瀬戸市が定めた金額が上限となります。(裏面参照)

3 振込先(申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。)

金融機関名	○○ (銀行)信用金庫 農協	本・支店名	○○ (本店)支店 出張所	支店番号	○○○	種別	(普通)当座
口座番号	○○○○○○○		口座名義人 (カタカナ)	セト タロウ			

4 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(必須)　☐ 予防接種の記録が記載されているもの(予診票、母子手帳や予防接種済証のコピー等)

☐ 振込先口座のわかるもの(通帳、キャッシュカードの写しなど)