

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1-31

氏名 瀬戸 太郎

被接種者との関係(本人) ※本人または同一世帯員でない場合は委任状が必要

電話番号 0123-45-6789

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 太郎	生年月日	昭和 ● 年 ● 月 ● 日
住所	瀬戸市 川端町1-31		
申請理由	県外の施設に入院しているため 申請理由をご記入ください。		

2 接種した予防接種種類及び金額

予防接種の種類	接種日	接種に要した費用【A】	※上限額(消費税含む)【B】		申請額【AまたはBの低い額】
高齢者等インフルエンザ		円	a	3,121円	円
			b-2	4,321円	
			c-1	3,121円	
			c-2		
			d		
高齢者等インフルエンザ(自己負担免除者)		円	a	4,321円	円
			b-2		
			c-1		
			c-2		
			d		
高齢者等肺炎球菌	令和6年 ●月 ●日	□,□□□ 円	a	6,426円	□,□□□ 円
			b-1		
			b-2	6,448円	
			c-1		
			c-2		
d					
高齢者等肺炎球菌(自己負担免除者)		円	a	8,926円	円
			b-1		
			b-2	8,948円	
			c-1		
			c-2		
d					
計(請求金額)			□,□□□ 円		

接種費用または上限額の低い額をご記入ください。

※上限額について、aは令和3年度の接種に、b-1は令和4年4月から令和4年9月までの接種に、b-2は令和4年10月から令和5年3月までの接種に、c-1は令和5年4月から令和4年9月までの接種に、c-2は令和5年10月から令和6年3月までの接種に、dは令和6年度の接種に適用する。

3 振込先(被接種者名義の口座)

★ ★ 銀行 信用金庫 農協	★ ★ 本店 支店 出張所	支店番号 123	種別 普通 当座	口座番号 1234567	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(原本) 予防接種の種類と接種日のわかるもの(予防接種記録書など)
 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)

接種した方の名義の口座をご記入ください。