

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		

2 接種した予防接種種類及び金額

予防接種の種類	自己負担免除者	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】	
				接種日	自己負担免除者		
高齢者等インフルエンザ			円	R3年度	3,121円	円	
				R4年度			
				R5年度	3,121円		
				R6年度			
高齢者等肺炎球菌		令和6年11月20日	7,000円	R3年度	6,426円	8,926円	7,000円
				R4年度	6,448円	8,948円	
				R5年度			
				R6年度			
新型コロナウイルス感染症			円	R3年度	12,800円	15,300円	円
				R4年度			
				R5年度			
				R6年度			
計(請求金額)			7,000円				

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。