第1-2号様式(第5条関係)

瀬戸市予防接種費用助成金交付申請書

記入例

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　)

電話番号　0123-45-6789

※本人または同一世帯員でない場合は**委任状**が必要

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		
自己負担免除者 ※受給証等の証明書の添付が必要です。(該当する場合は、右の要件に〇をつけてください。)	生活保護世帯に属する者　・中国残留邦人等支援給付世帯に属する者		

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】
インフルエンザ	● 年 ● 月 ● 日	4,000 円	3,121 円	3,121 円
コロナワクチン	● 年 ● 月 ● 日	15,000 円	12,800 円	12,800 円
高齢者肺炎球菌	● 年 ● 月 ● 日	6,000 円	6,448 円	6,000 円
帯状疱疹(不活化ワクチン)	● 年 ● 月 ● 日	20,000 円	10,000 円	10,000 円
	年 月 日	円		円
	年 月 日			円
	年 月 日	円	円	円
計(請求金額)				31,921 円

接種費用または上限額の低い額をご記入ください。

※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。

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

接種した方の名義の口座をご記入ください。

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(予診票、済証など)

☐ 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)

☐ 受給証等の証明書(自己負担免除者の場合)