

予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

申請者 住所 _____

氏名 _____

(被接種者との続柄) _____

電話 (平日昼間つながるもの) _____

() - _____

下記の通り、予防接種費用助成金の支給を受けたいので申請します。

また、申請の内容について市長が関係機関等に照会し、又は報告を求めるに同意します。

支給申請額 円 _____

※明細書の助成申請額の合計を御記入ください。

接種を受けた人の 氏 名				
生 年 月 日	年 月 日 生			
接種を受けた人の 住 所	習志野市			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通	当座	口座番号
	フリガナ			
	口座名義			

- ◆ 申請者と口座名義が違う場合には、「委任状」が必要となります。
- ◆ 修正液は使用できません。訂正は二重線と押印をし、申請者氏名の横にも押印してください。

添付書類

- 1 予防接種費用助成金支給申請明細書
- 2 領収書(原本) *各予防接種の内訳が記載されていなければ、明細書も添付
- 3 予診票 又は 予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳※・接種済証等の写し)
※母子健康手帳の写しの場合は、1ページの「出生届出済証明」(お子さんの名前・生年月日の確認用)と「予防接種の記録」のページ全てをコピーすること。

第7号様式(第6条第1項第1号)

高齢者予防接種費用助成金 支給申請明細書

接種を受けた人の名前

	接種した予防接種名 (接種回数があるものは回数も記入)	接種日	①	②	③	助成申請額 (②と③どちらか 金額の少ない方)	接種した 医療機関名
			接種費用	①－自己負担金額	助成限度額		
1	一般・生活保護等	年 月 日	円	円	円	円	
	回目						
2	一般・生活保護等	年 月 日	円	円	円	円	
	回目						
3	一般・生活保護等	年 月 日	円	円	円	円	
	回目						
4	一般・生活保護等	年 月 日	円	円	円	円	
	回目						
合 計			円	円	円	円	

裏面に領収書を貼付してください

領収書貼付欄

※領収書は原本とし、各予防接種の料金が分かるものとしてください。

予防接種費用助成金支給申請書

記入例

202〇年〇月〇〇日

習志野市長 宛て

申請者 住所 275-△△△△
 習志野市津田沼5-△-△

氏名 習志野 花子
 (被接種者との続柄 長女)

電話 (平日昼間つながるもの)
 (047) 453 - △△△△

下記の通り、予防接種費用助成金の支給を受けたいので申請します。

また、申請の内容について市長が関係機関等に照会し、又は第6または7号様式の
助成申請額の合計金額

支給申請額 33,120 円

※明細書の助成申請額の合計を御記入ください。

接種を受けた人の 氏 名	習志野 太郎			
生 年 月 日	×× 年 × 月 × 日生			
接種を受けた人の 住 所	習志野市 鶩沼1-1-1			
振込先	金融機関名	銀行 習志野 信用金庫 信用組合 農協	津田沼	本店 支店 出張所
	預金種別	普通	当座	口座番号 1234567
	フリガナ	ナラシノ ハナコ		
	口座名義	習志野 花子		

- ◆ 申請者と口座名義が違う場合には、「委任状」が必要となります。
- ◆ 修正液は使用できません。訂正は二重線と押印をし、申請者氏名の横にも押印してください。

添付書類

- 1 予防接種費用助成金支給申請明細書
- 2 領収書(原本) *各予防接種の内訳が記載されていなければ、明細書も添付
- 3 予診票 又は 予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳※・接種済証等の写し)
 ※母子健康手帳の写しの場合は、1ページの「出生届出済証明」(お子さんの名前・生年月日の確認用)と「予防接種の記録」のページ全てをコピーすること。

第7号様式(第6条第1項第1号)

高齢者予防接種費用助成金 支給申請明細書

記入例

接種を受けた人の名前 習志野 太郎

	接種した予防接種名 (接種回数があるものは回数も記入)	接種日	①	②	③	助成申請額 (②と③どちらか 金額の少ない方)	接種した 医療機関名
			接種費用	①-自己負担金額	助成限度額		
1	一般・生活保護等	20××年 ●月 ●日	3,500 円	2,000 円	3,626 円	2,000 円	○○クリニック
	インフルエンザ 回目						
2	一般・生活保護等	20××年 ●月 ●日	24,000 円	17,500 円	15,560 円	15,560 円	○○クリニック
	帯状疱疹(不活) 1回目						
3	一般・生活保護等	20××年 ●月 ●日	22,500 円	16,000 円	15,560 円	15,560 円	×××医院
	帯状疱疹(不活) 2回目						
4	一般・生活保護等	年 月 日	円	円	円	円	
	回目						
合 計			円	円	円	33,120 円	

裏面に領収書を貼付してください

領収書貼付欄

※領収書は原本とし、各予防接種の料金が分かるものとしてください。