

習志野市特別の理由による任意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
(保護者)

氏名

電話 (平日昼間つながるもの)

() -

下記のとおり、習志野市特別の理由による任意予防接種費用助成金の支給を受けたいので申請します。

なお、必要があるときは申請の内容について市長が関係機関等に照会し、又は報告を求めることに同意します。

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。訂正の場合、二重線で消し、その上に書き直してください。

添付書類

- 1 習志野市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請明細書
- 2 医師の意見書
- 3 領収書(原本) 各予防接種の内訳が記載されているもの
- 4 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※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」(お子さんの名前と生年月日を確認のため)と「予防接種の記録」のページをコピーすること。
- 5 予診票の写し

習志野市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請明細書

接種を受けたお子さんの名前

	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	㊦ 接種費用	㊧ 助成限度額	助成申請額 (㊦又は㊧の少ない方)	接種した医療機関名
1	回目	年 月 日	円	円	円	
2	回目	年 月 日	円	円	円	
3	回目	年 月 日	円	円	円	
4	回目	年 月 日	円	円	円	
5	回目	年 月 日	円	円	円	
6	回目	年 月 日	円	円	円	
7	回目	年 月 日	円	円	円	
8	回目	年 月 日	円	円	円	
9	回目	年 月 日	円	円	円	
10	回目	年 月 日	円	円	円	
合 計			円	円	円	

※ 助成申請額欄には接種費用と市が定める助成限度額のどちらか少ない方の金額をご記入ください。

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。

習志野市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給

記入例

202〇年 〇 月 〇〇 日

習志野市長 宛て

申請者 住所 275-△△△△
 (保護者) 習志野市津田沼5-△-△
 氏名 習志野 花子
 電話 (平日昼間つながるもの)
 (047) 453 - △△△△

下記のとおり、習志野市特別の理由による任意予防接種費用助成金の支給を受けたいので申請します。

なお、必要があるときは申請の内容について市長が関係機関等に照会し、関係機関等から同意を得ることにより同意します。

第2号様式の合計金額

支給申請額 28,300 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 鷺沼1-1-1		
振込先	金融機関名	習志野	銀行 信用金庫 信用組合 農協
	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。訂正の場合、二重線で消し、その上に書き直してください。

添付書類

- 1 習志野市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請明細書
- 2 医師の意見書
- 3 領収書(原本) 各予防接種の内訳が記載されているもの
- 4 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※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」(お子さんの名前と生年月日を確認のため)と「予防接種の記録」のページをコピーすること。
- 5 予診票の写し

習志野市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請明細書

接種を受けたお子さんの名前 **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	㊦ 接種費用	㊧ 助成限度額	助成申請額 (㊦又は㊧の少ない方)	接種した医療機関名
1	B型肝炎	1回目 2020年△月△△日	6,800円	7,183円	6,800円	〇〇〇〇クリニック
2	Hib	1回目 2020年△月△△日	9,500円	9,781円	9,500円	〇〇〇〇クリニック
3	小児肺炎球菌	1回目 2020年△月△△日	12,000円	12,155円	12,000円	〇〇〇〇クリニック
4		回目 年 月 日	円	円	円	
5		回目 年 月 日	円	円	円	
6		回目 年 月 日	円	円	円	
7		回目 年 月 日	円	円	円	
8		回目 年 月 日	円	円	円	
9		回目 年 月 日	円	円	円	
10		回目 年 月 日	円	円	円	
合 計			円	円	28,300円	

※ 助成申請額欄には接種費用と市が定める助成限度額のどちらか少ない方の金額をご記入ください。

裏面に領収書を貼付してください