

予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

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、又は報告を求めることに同意します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	現住所	〒 -					
	電話番号	(平日昼間つながるもの) - -					
振込先	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	金融機関コード	店番号	口座番号	
	フリガナ						
	口座名義						

接種を受けた人	<input type="checkbox"/> 申請者本人	申請者ではない場合のみ記入	
		フリガナ	
		氏名	_____
		生年月日	_____年 月 日
		住所	習志野市 _____
		申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()

◆ 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 予防接種費用助成金支給申請明細書
- 2 領収書(原本)
※接種又は予診した予防接種の内訳が明記されていなければ、明細書も添付(コピー可)
- 3 【MR5期の場合】予診票の原本
【妊婦の場合】予診票のコピー 又は 母子健康手帳のコピー
※母子健康手帳のコピーの場合、妊婦自身の名前が書かれたページと、「予防接種の記録」のページ全てをコピーすること。

予防接種費用助成金支給申請書

記入例

20××年 ○ 月 ○○ 日

習志野市長 宛て

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、又は報告を求めることに同意します。

申請者	フリガナ	ナラシノ ハナコ		生年月日	20××年 ○ 月 ○○ 日								
	氏名	習志野 花子											
	現住所	〒275-×××× 習志野市鷲沼1-△-△											
	電話番号	(平日昼間つながるもの) 0 4 7 - 4 5 3 - △ △ △ △											
振込先	銀行 金庫 組合 農協	習志野	津田沼 店 支店 出張所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	金融機関コード	店番号	口座番号						
					● ● ● ●	× × ×	1 2 3 4 5 6 7						
	フリガナ	ナラシノ ハナコ											
	口座名義	習志野 花子											

接種を受けた人	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人	申請者ではない場合のみ記入										
		フリガナ	_____									
		氏名	_____									
		生年月日	_____	年	_____	月	_____	日	_____			
		住所	習志野市 _____									
		申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他									

◆ 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 予防接種費用助成金支給申請明細書
- 2 領収書(原本)
※接種又は予診した予防接種の内訳が明記されていなければ、明細書も添付(コピー可)
- 3 【MR5期の場合】予診票の原本
【妊婦の場合】予診票のコピー 又は 母子健康手帳のコピー
※母子健康手帳のコピーの場合、妊婦自身の名前が書かれたページと、「予防接種の記録」のページ
全てをコピーすること。

予防接種費用助成金支給申請明細書 (妊婦・子ども・MR5期)

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	接種した医療機関名	接種費用	市メモ欄
1		回目	年 月 日		円	
2		回目	年 月 日		円	円
3		回目	年 月 日		円	円
4		回目	年 月 日		円	円
5		回目	年 月 日		円	円
6		回目	年 月 日		円	円
7		回目	年 月 日		円	円
8		回目	年 月 日		円	円
9		回目	年 月 日		円	円
10		回目	年 月 日		円	円
合 計					円	円

※ 各ワクチンの助成額は、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となります。

予防接種費用助成金支給申請明細書 (妊婦・こども・MR5期)

接種を受けた人の名前

習志野 花子

	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	接種した医療機関名	接種費用	市メモ欄
1	RSウイルスワクチン	1回目	2020年 △月△△日	〇〇〇クリニック	30,800 円	円
2	MRワクチン	1回目	2020年 △月△△日	××病院	9,500 円	円
3		回目	年 月 日		円	円
4		回目	年 月 日		円	円
5		回目	年 月 日		円	円
6		回目	年 月 日		円	円
7		回目	年 月 日		円	円
8		回目	年 月 日		円	円
9		回目	年 月 日		円	円
10		回目	年 月 日		円	円
合 計					28,300 円	円

※ 各ワクチンの助成額は、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となります。