

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 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※・接種済証等のコピー)
 - ※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。

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

1	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
	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 - ×××× 習志野市津田沼5-△-△											
	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	□申請者本人	申請者ではない場合のみ記入										
		フリガナ	ナラシノ タロウ									
		氏名	習志野 太郎									
		生年月日	20××年 ○ 月 ○○ 日									
		住所	習志野市 習志野市津田沼5-△-△									
		申請者との続柄	<input checked="" 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 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※・接種済証等のコピー)
 - ※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。

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

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	接種した医療機関名	接種費用	市メモ欄
1	B型肝炎	1回目	2020年 △月△△日	〇〇〇クリニック	6,800 円	
2	H i b	1回目	2020年 △月△△日	//	9,500 円	円
3	小児肺炎球菌	1回目	2020年 △月△△日	//	12,000 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。