

令和 年 月 日

狛江市長 宛て

申請者 郵便番号：  
住所：  
氏名：  
(被接種者との続柄： )  
電話番号：

狛江市予防接種費用助成金交付申請書

狛江市予防接種費用助成金の交付を申請したいので、狛江市予防接種（B類疾病）実施要綱第7条第3項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 被接種者

|  |           |          |          |
|--|-----------|----------|----------|
| フリガナ   |           | 生年<br>月日 | 明治・大正・昭和 |
| 被接種者氏名   |           |          | 年 月 日    |
| 実施した<br>医療機関名  | 電話番号： ( ) |          |          |
| (該当する場合はチェックを入れてください)<br><input type="checkbox"/> 生活保護法又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく支援を受けている世帯 |           |          |          |

2 請求金額

\_\_\_\_\_ 円

高齢者インフルエンザ予防接種

|      |         |          |                  |                          |
|------|---------|----------|------------------|--------------------------|
| 請求内訳 | ①予防接種費用 | ②自己負担額** | ③助成対象経費<br>(①-②) | ④請求金額<br>(上限額と③のいずれか低い額) |
|      | 円       | 円        | 円                | 円                        |

※生活保護受給者等の場合、自己負担額は0円とする。

成人用肺炎球菌感染症予防接種

|      |         |          |                  |                          |
|------|---------|----------|------------------|--------------------------|
| 請求内訳 | ⑤予防接種費用 | ⑥自己負担額** | ⑦助成対象経費<br>(⑤-⑥) | ⑧請求金額<br>(上限額と⑦のいずれか低い額) |
|      | 円       | 円        | 円                | 円                        |

※生活保護受給者等の場合、自己負担額は0円とする。

裏面もご記入ください。

3 振込先（被接種者名義の口座に限ります。）

|       |                  |      |                 |  |  |  |  |  |  |
|-------|------------------|------|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 |      | 本店<br>支店<br>出張所 |  |  |  |  |  |  |
| 預金種別  | 普通 ・ 当座          | 口座番号 |                 |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  |                  |      |                 |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義  |                  |      |                 |  |  |  |  |  |  |

4 添付書類

- 予防接種を実施した医療機関で発行された領収書（原本）
- 予診票（市提出用又は写し）
- 予防接種の記録が記載されているもの（予防接種接種済証、その他〔            〕）

私は、市が助成金の交付の可否を決定する場合において必要がある場合には、予防接種実施医療機関に対し、当該決定に関し必要となる事項について、市が照会をすることに同意します。  
 また、生活保護法・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく支援に係る情報を市職員が閲覧することに同意します。

令和      年      月      日      被接種者署名 \_\_\_\_\_

(※自署できない場合は家族等の代筆者が署名し、  
 代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)