

予 防 接 種 費 助 成 申 請 書										
							令和 年 月 日			
高根沢町長 神林 秀治 様										
							申請者 住 所 高根沢町 氏 名 電話番号			
被 接 種 者	ふりがな						生 年 月 日			
	氏 名	(男・女)					年 月 日 (満 歳)			
振込金融機関		銀 行 農 協 信用組合 信用金庫			本店 支店 支所	口座番号				
					ふりがな					
					口座名義					

※振込口座は申請者のものにしてください。

受診済票兼領収書(医療機関で記載してください)

接 種 医 療 機 関	所在地	接 種 料 金	接 種 年 月 日			
	名 称 氏 名		印	円	令和 年 月 日	
ワ ク チ ン の 種 類						
*高齢者インフルエンザ【自己負担額 1,000 円】 *高齢者肺炎球菌【自己負担額 4,000 円】						
*新型コロナウイルス感染症【自己負担額 3,000 円】						
*带状疱疹 (不活化ワクチン)【自己負担額 12,000 円】						
*带状疱疹 (生ワクチン)【自己負担額 4,800 円】						

※ この欄は記入しないでください

決 裁	所 長	係 長	係		伺	令和 年 月 日				
					決 定	令和 年 月 日				
						支 給 日	令和 年 月 日			
確 認 欄										
ワクチン区分及び限度額										
*高齢者インフルエンザ【3,950 円】 *高齢者肺炎球菌【4,800 円】 *新型コロナウイルス感染症【12,300 円】 *带状疱疹 (不活化ワクチン)【10,000 円】 *带状疱疹 (生ワクチン)【4,000 円】										
査定結果	1 承認 2 不承認 (理由 )				支給金額	円				

※支給限度額を越えた場合、自己負担