

様式第4号（第7条関係）

法定外予防接種費助成申請書			
			令和 年 月 日
高根沢町長 加藤 公博 様			
(申請者) 被接種者が未成年者であるときは、当該被接種者の保護者			
住 所 高根沢町			
氏 名			
被接種者との続柄 ( )			
電話番号			
被 接 種 者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名	(男・女)	大正・昭和 年 月 日 平成・令和 (満 歳)
振込先 金融機関名	銀行 本店 農協 支店 信用組合 支所 信用金庫	種別	普通 ・ 当座
		口座番号	
		ふりがな	
		口座名義	

予防接種名	予防接種日	接種料金	予防接種を受けた医療機関名称
インフルエンザ	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
おたふくかぜ	年 月 日	円	
带状疱疹 不活化ワクチン	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
带状疱疹生ワクチン	年 月 日	円	

※上記医療機関に支払った額の領収書（レシート不可）と予診票を添付してください。

(以下、事務局使用欄)

<b>助成限度額</b> インフルエンザ（1回につき）2,000円 带状疱疹不活化ワクチン（1回につき）10,000円	おたふくかぜ（1回につき）3,000円 带状疱疹生ワクチン 4,000円
---	---

決 裁	所長	係長	係	伺	年 月 日
				決定	年 月 日
				支給日	年 月 日
審 査 結 果	1 承認			接 種 料 金	円
	2 不承認（理由 )			支 給 金 額 （助成額）	円

※ 限度額を超えた分は自己負担