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・昭和平成・令和 | 年　　　月　　日　　（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 |  |
| 帯状疱疹不活化ワクチン | 年　　月　　日 | 円 |  |
| 年　　月　　日 | 円 |
| 帯状疱疹生ワクチン | 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）

|  |
| --- |
| 助成限度額　インフルエンザ（1回につき）2,000円　　　　　　　　おたふくかぜ（1回につき）3,000円　帯状疱疹不活化ワクチン（１回につき）10,000円　　　 帯状疱疹生ワクチン　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2　不承認（理由　　　　　　　　　　　） | 接種料金 | 円 |
| 支給金額（助成額） | 円 |

※　限度額を超えた分は自己負担