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