

記入見本

高砂市定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

申請日 2020年 6月 1日

高砂市長 様

裏面「予防接種内訳書」のワクチンを、委託医療機関以外の医療機関において自己の負担で接種しましたので、必要書類を添えて接種費用の助成を申請し、及び請求します。

申請者	ふりがな	たかさご なほこ		被接種者との 続柄	母
	氏名	高砂 花子			
	住所	〒676-0021 高砂市高砂町朝日町 1-2-1 電話番号 079-443-3950			
被接種者	ふりがな	たかさご たろう		生年月日	令和2年 1月 1日
	氏名	高砂 太郎			
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入 高砂市			
予防接種を受けた場所		都 道 市 区 (医療機関名)	大阪 府 県 大阪 町 村	高砂病院	
申請金額		25,000円 (内訳は、「予防接種内訳書」のとおり)			

助成金の交付が決定されたときは、次に記載の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関	高砂	銀行 本店	朝日	支店	口座名義人	たかさご はなこ
	口座番号		信金・信組 農協・労金	出張所	普通・当座	高砂 花子	

※口座名義欄に申請者の氏名以外を記入する場合は、次の委任状欄に記入が必要です。

委任状	私は、上記口座名義人を代理者と定め、予防接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。 申請者自署	口座名義人が申請者と異なる場合に 自署してください
-----	--	------------------------------

(添付書類)

- 医療機関の発行する領収書等
- 母子健康手帳
- 又は予防接種済証等の写し

市 記 入 欄	決定年月日	年 月 日
	決定額	円
	金融機関コード	支店コード

予防接種内訳書

- ① 対象の予防接種は、あらかじめ高砂市定期予防接種実施依頼書の交付を受けたものに限りします。
- ② 助成金の申請は、それぞれの予防接種を受けた日から起算して6箇月を経過した日又は当該予防接種を受けた日の属する年度の末日のいずれか早い日までです。
- ③ 助成金の額は、接種費用又は市が高砂市医師会と締結した委託契約書に定める上限額のいずれか低い方の額になります。ただし、高齢者肺炎球菌予防接種（生活保護法による被保護者又は世帯の構成員全員が市民税の非課税者である世帯に属する者に対する予防接種は除きます。）については、接種費用又は市が高砂市医師会と締結した委託契約書に定める上限額のいずれか低い方の額から自己負担額 4,000 円を控除した額になります。

申請者記入欄			市記入欄	
接種年月日	予防接種の種類	接種費用	助成上限額	助成額
2020.4.1	ヒブ 1回目	8,000 円	円	円
2020.4.1	肺炎球菌 1回目	10,000 円	円	円
2020.4.1	B型肝炎 1回目	7,000 円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
申請額合計		25,000 円	助成額合計	