

大人の風しん任意予防接種助成金記入見本

様式第10号（第7条関係）

春日部市予防接種等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

原則、接種者本人で請求してください

春日部市長 あて

住所 〒344-0000
春日部市0000
フリガナ
氏名 春日部 太郎
電話番号 048-0000-0000



朱肉を必要とする印鑑

予防接種等助成金の交付を受けたいので、春日部市予防接種等助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり申請します。 （太枠内記入）

接種者氏名 生年月日	続柄	接種日	予防接種名 (回数)	予防接種料金 (円)	助成金額
春日部 太郎 〇年〇月〇日	本人	〇年〇月〇日	風しんまたは 麻疹風しん混合 (1 回目)	〇〇〇〇 円	市役所記入欄
				円	円
				円	円
				円	円
助成金額合計					円

同じ人

市で助成できる上限は、3,000円です

【助成金額について】

例1) 予防接種料金8,000円の場合、3,000円

例2) 予防接種料金2,800円の場合、上限(3,000円)未満のため、助成金額は2,800円です

上記の助成金は、下記の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関	ゆうちょ 銀行	〇三八 本店	口座番号
	信用金庫 農協	支店	0 0 0 0 0 0 0
	フリガナ	カスカベ タロウ	
	口座名義人	春日部 太郎	

振込口座は原則、接種者本人名義の金融機関をご記入ください
接種者本人名義以外の口座をご指定の場合は、委任状が必要になります（記入の際は委任状注

- (注) 申請書には、次の書類を添付してください。
- ① 予防接種予診票（原本又は写し）、母子健康手帳の写し（A類疾病の定期接種及び再接種の場合に限ります。）又は予防接種の記録
 - ② 風しん抗体検査の場合は、風しん抗体検査受診票又は風しん抗体検査の記録（原本又は写し）
 - ③ 接種した医療機関が発行した予防接種領収書（原本又は写し）
 - ④ 高齢者インフルエンザ予防接種及び高齢者用肺炎球菌の接種者のうち、60歳以上65歳未満の者にあつては、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能に自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有すること若しくはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有することを証する身体障害者手帳の写し又は医師の診断書
 - ⑤ 高齢者インフルエンザ予防接種及び高齢者用肺炎球菌の接種者のうち、生活保護受給者にあつては受給証の写し、支援給付受給者にあつては本人確認証の写し