

春日部市予防接種等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

春日部市長 あて

住 所

フリガナ

氏 名

印

電話番号

()

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、次のとおり申請します。

(太枠内記入)

氏 名 生年月日	続柄	実施日	予防接種等名 (回数)	予防接種等料金 (円)	助成金額
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
助成金額合計					円

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	銀行 信用金庫 農協			本店 支店	1 2	普通 当座	口座番号					
	フリガナ											
	口座名義人											

(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(麻疹風しん混合予防接種第5期を除く。)及び再接種の場合に限ります。）又は予防接種の記録
- ② 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）
- ③ 高齢者インフルエンザ予防接種、高齢者用肺炎球菌予防接種及び高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種の接種者のうち、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
- ④ 高齢者帯状疱疹予防接種の接種者のうち、60歳以上65歳未満の者にあつては、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、高齢者用肺炎球菌予防接種、高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種、高齢者帯状疱疹予防接種の接種者のうち、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