

中能登町任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

中能登町長

申請者（口座名義人と同一）

住所 中能登町

氏名

印

（被接種者との続柄）

電話番号

下記のとおり、任意予防接種を受けたので、中能登町任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により申請及び請求します。

1. 被接種者（接種を受けた方）

氏名	生年月日	住所
(フリガナ)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 中能登町
風しんワクチンの場合		
<input type="checkbox"/> 石川県風しん抗体検査事業等の抗体検査を受け、風しん抗体価が低く、予防接種を受ける必要があると認められた者		
<input type="checkbox"/> (1) 妊娠を希望する女性		
<input type="checkbox"/> (2) 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者		
<input type="checkbox"/> (3) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者		
おたふくかぜワクチンの場合		带状疱疹ワクチンの場合
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ罹患歴なし		<input type="checkbox"/> 接種時点で満50歳以上の者
<input type="checkbox"/> 過去に予防接種歴2回なし		<input type="checkbox"/> 過去に助成を受けたことがない者

2. 予防接種の種類（助成を受ける予防接種）

予防接種名	接種日	接種費用	請求額		
おたふくかぜワクチン	年 月 日	円	円		
風しんワクチン	風しん単独ワクチン	年 月 日	円		
	麻しん風しん混合ワクチン	年 月 日	円		
带状疱疹ワクチン	不活化	1回目	年 月 日	円	円
	ワクチン	2回目	年 月 日	円	円
	生ワクチン	年 月 日	円	円	

【添付書類】

- ・接種医療機関発行の領収書原本（医療機関名、被接種者氏名、接種日、接種費用、予防接種の種類が記載されたもの）
- ・振込先が分かるものの写し（通帳、キャッシュカード等）
- ・おたふくかぜワクチンの場合は、母子健康手帳の写し
- ・風しんワクチンの場合は、風しん抗体価が低く、予防接種を受ける必要があるということが分かる書類の写し
- ・带状疱疹ワクチンの場合は、申請者本人を確認できる書類の写し（免許証、マイナンバーカード等）

3. 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・郵便局		本店 支店・支所
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人 (申請者と同一)	(フリガナ)		

町処理欄	助成決定年月日	年 月 日	助成決定額	円
------	---------	-------	-------	---