様式第４号（第９条関係）

インフルエンザ等予防接種費用助成交付申請書

年　　　月　　　日

和寒町長　　様

申請者　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　接種者との続柄（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

次のとおり、インフルエンザ等予防接種にかかる費用について、関係書類を添えて助成の交付申請をします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接　種　者 | （ふりがな）氏 名 | （　　　　　　　　　　） | 生年月日 | 　　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 住所 | 和寒町字　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 助成交付申請をした理由 |  |
| 予防接種の種類 | インフルエンザワクチン | 新型コロナワクチン |
| 予防接種に要した費用 | 　　　　　　　　　　　円（医療機関に支払った予防接種に要した総費用を記入） | 　　　　　　　　　　　　　　円（医療機関に支払った予防接種に要した総費用を記入） |
| 助成区分 | 　　　　　　　　　（裏面「助成区分」の該当番号を記入） | 　　　　　　　　　（裏面「助成区分」の該当番号を記入） |
| 助成交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　円（裏面「助成金額の計算式」で計算した金額を記入） | 　　　　　　　　　　　　　円（裏面「助成金額の計算式」で計算した金額を記入） |
| 添付書類 | □予診票又は予防接種を受けたことを証する書類□予防接種の費用を支払ったことを証する書類□その他町長が必要と認める書類 |
| 助成金の振込先 | 金融機関名 | 銀行金庫農協 | 本店支店出張所 | 普通・当座 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

【助成区分】

|  |  |
| --- | --- |
| インフルエンザワクチン | 新型コロナワクチン |
| (ア)　65歳以上の者(イ)　60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身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者及び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者(ウ)　満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの者(エ)　妊婦(オ)　生活保護受給者 | (カ)　65歳以上の者(キ)　60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身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者及び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者(ク)　生活保護受給者 |

　和寒町使用欄

【助成金額の計算式】

|  |  |
| --- | --- |
| インフルエンザワクチン | 新型コロナワクチン |
| 【助成区分（オ）以外の者】予防接種に要した費用　　　　　　自己負担額（　　　　　　　　円）－　1,300円＝（助成額　　　　　　　円）　　　　　　↑2,000円上限【助成区分（オ）の者】　予防接種に要した費用全額を助成 | 【助成区分の（ク）以外の者】予防接種に要した費用　　　 自己負担額（　　　　　　円）－　9,100円＝（助成額　　　　　　　円）　　　　　　　↑　6,200円上限【助成区分（ク）の者】　予防接種に要した費用全額を助成 |