

様式第4号（第7条関係）

任意予防接種費助成申請書				
			令和 年 月 日	
高根沢町長 神林 秀治 様				
(申請者) 被接種者が未成年者であるときは、当該被接種者の保護者				
住 所 高根沢町				
氏 名				
電話番号				
被 接 種 者	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名	(男・女)	大正・昭和 年 月 日 平成・令和 (満 歳)	
振込先 金融機関名		銀行 本店 農協 支店 信用組合 支所 信用金庫	種別	普通 ・ 当座
			口座番号	
			ふりがな	
			口座名義	

予防接種名	予防接種日	接種料金	予防接種を受けた医療機関名称
インフルエンザ	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
おたふくかぜ	年 月 日	円	
高齢者肺炎球菌	年 月 日	円	
帯状疱疹 不活化ワクチン	年 月 日	円	
帯状疱疹生ワクチン	年 月 日	円	

※上記医療機関に支払った額の領収書（レシート不可）と予診票を添付してください。
（以下、事務局使用欄）

助成限度額 インフルエンザ（不活化）1回につき2,000円、インフルエンザ（生）4,000円、おたふくかぜ（1回につき）3,000円、 高齢者肺炎球菌（接種料金から4,800円まで助成） 帯状疱疹（不活化）1回につき10,000円、帯状疱疹（生）4,000円

決 裁	所長	係長	係	令和 年 月 日
				決定 令和 年 月 日
				支給日 令和 年 月 日
審 査 結 果	1 承認			接種料金 円
	2 不承認（理由)			支給金額 (助成額) 円

※ 限度額を超えた分は自己負担