

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) 代理人の場合、続柄を記入ください。			
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 (満 歳)
振込金融機関	銀 行	本店 支店 支所	口座番号
	農 協		ふりがな
	信用組合 信用金庫		口座名義

受診済票兼領収書(医療機関で記載してください)

接 種 医 療 機 関	所在地	接 種 料 金	接 種 年 月 日	
	名 称		令和 年 月 日	
	氏 名		印	円
ワ ク チ ン の 種 類				
*肺炎球菌      *帯状疱疹(生・不活化)      *インフルエンザ      *新型コロナ				

※ この欄は記入しないでください

決 裁	所 長	係 長	係		伺	令和 年 月 日
					決 定	令和 年 月 日
					支 給 日	令和 年 月 日
確 認 欄						
1 接種時年齢【 歳】			2 予防接種済み【 済 ・ 未 】			
ワクチン区分及び限度額						
*肺炎球菌 ( 6,800 円 ・ 生保 11,800 円 )						
*帯状疱疹不活化 ( 10,000 円 ・ 生保 22,000 円 )						
*帯状疱疹生 ( 4,000 円 ・ 生保 8,800 円 )						
*インフルエンザ ( 3,950 円 ・ 生保 4,950 円 )						
*新型コロナ ( 12,000 円 ・ 生保 15,600 円 )						
査定結果	生活保護 ( 受給 ・ 受給なし )				支給金額	円
	1 承認					
	2 不承認(理由 )					

※ 支給限度額を越えた場合、自己負担

※ 肺炎球菌は自己負担 4,000 円、インフルエンザは自己負担 1,000 円を差し引いた額