様式第3号（第6条関係）

年　　月　　日

豊郷町定期予防接種県外接種費助成金交付申請書兼請求書

豊郷町長　あて

　自己負担により支払った滋賀県外における下記の予防接種費用の助成を受けたいので、豊郷町定期予防接種県外接種費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請および請求をします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（被接種者）（自署の場合は押印省略） | ふりがな |  | 生年月日（年齢） | 　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏名 | ㊞ |
| 代筆の場合は代筆者の氏名を記入し申請者の押印が必要です。（代筆者氏名） | 申請者連絡先（平日昼間に連絡が取れる連絡先） |
| －　　　　　　－ |
| 住所 | 豊郷町 |
| 予防接種の種類 |  |
| 申請額（請求額） | 　円（裏面詳細の合計額） |
| 振込先原則、振込先は被接種者本人の口座乳幼児または口座所有していない場合のみ親族名義口座可 | 金融機関 | 銀行信用金庫農協 | 本店支店出張所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 【フリガナ】口座名義人 | 【　　　　　　　　　　】 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 右詰記入 |

関係書類

（１）予防接種をした県外医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類がわかるもの）

（２）予防接種予診票の原本（医療機関記載欄が記入済みのもの）

（３）振込先口座確認書類（金融機関名、口座番号、口座名義人がわかるもの）として次のいずれか

　　①通帳（見開き面のコピー）

　　②キャッシュカードのコピー（ゆうちょ銀行不可）

　　③WEB通帳の場合は口座情報のわかるもの

（４）その他町長が必要と認める書類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | ①助成上限額 | ②医療機関への支払額 | 接種回数 | ③請求額 |
| ヒブワクチン | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 小児用肺炎球菌ワクチン | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 五種混合 | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 四種混合 | 円 | 円 | 回 | 円 |
| BCG | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 麻しん風しん混合 | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 麻しん | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 風しん | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 日本脳炎 | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 二種混合 | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 子宮頸がん予防ワクチン | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 不活化ポリオ | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 水痘 | 円 | 円 | 回 | 円 |
| B型肝炎 | 円 | 円 | 回 | 円 |
| ロタウイルス | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 高齢者インフルエンザ | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 成人用肺炎球菌 | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 新型コロナウイルス感染症 | 円 | 円 | 回 | 円 |
| 計 |  |  |  | 円 |

※③申請額＝（①と②の安い方の額）×接種回数