

三田市予防接種（B類疾病）費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

三田市長 宛

三田市予防接種（B類疾病）費事業における接種費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり接種費の助成を申請（請求）します。
 なお、助成金の交付申請にあたり、内容に不足があった場合には、市より接種実施医療機関に照会を行うことに同意します。

助成申請者 （対象者）	ふりがな			生年月日	T 年 月 日	S (歳)
	氏名					
	住所	〒 三田市		電話番号		
予防接種の種類	1. 带状疱疹（1回目）			2. 带状疱疹（2回目）		
接種年月日	令和 年 月 日			令和 年 月 日		
接種費用（A）	円			円		
自己負担額（B）	生	自己負担あり：4,000円 自己負担なし：0円		不活化		
	不活化	自己負担あり：11,000円 自己負担なし：0円		自己負担あり：11,000円 自己負担なし：0円		
(C) = (A) - (B)	円			円		
上限額（D）	生	自己負担あり：4,000円 自己負担なし：8,000円		不活化		
	不活化	自己負担あり：11,000円 自己負担なし：22,000円		自己負担あり：11,000円 自己負担なし：22,000円		
申請額 （C）（D）の低い方	円			円		
申請額合計				円		
※申請額は、接種費用(A)から自己負担額(B)を控除した額(C)と上限額(D)のいずれか低い方を記入してください。 また生活保護世帯の方は自己負担を控除せず、(C)と「自己負担なし」の上限額(D)のいずれか低い方となります。						
接種実施医療機関名						
医療機関住所		TEL ()				
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店・支店 出張所	
	口座種別	普通・当座	口座番号			左詰めで記入
	ふりがな					※振込先の口座名義人は助成対象者と同一であること
	口座名義人					

【添付書類】

- (1) 領収書原本（日付、助成対象者名、金額、但し書き、発行医療機関名の記載のあるもの）
- (2) 予診票の写し等（助成対象者名、接種日、接種医療機関名、予防接種の種類、ワクチン名等の記載のあるもの）
- (3) 振込口座がわかるもの（通帳、キャッシュカード等）のコピー

【市処理欄】

住民確認	生年月日	接種日	領収書	予診票写し	振込口座	確認担当者	検収
						所属：健康福祉部 健康増進課 氏名：	年 月 日