

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。

助成対象者（申請者）	ふりがな		生年月日	T	年	月	日
	氏名			S	(	歳)	
	住所	〒 三田市 電話番号					
予防接種の種類	1. 高齢者インフルエンザ	2. 高齢者肺炎球菌感染症	3. 新型コロナウイルス感染症				
接種年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日				
接種費用 (A)	円	円	円				
自己負担額 (B)	自己負担あり：1,500円 自己負担なし：0円	自己負担あり：4,000円 自己負担なし：0円	自己負担あり：3,260円 自己負担なし：0円				
(C) = (A) - (B)	円	円	円				
上限額 (D)	自己負担あり：3,450円 自己負担なし：4,950円	自己負担あり：4,124円 自己負担なし：8,124円	自己負担あり：12,580円 自己負担なし：15,840円				
申請額 (C) (D) の低い方	円	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