様式１

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	さんだ たろう	生年月日	T　●●年　●●月　●●日 (S)　（●●　歳）
	氏　名	三田　太郎		
	住　所	〒669-1514 三田市　川除675番地 電話番号　079－559－6155		

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）	5,000 円	円	15,000 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）	3,500 円	円	11,740 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	3,450 円	円	11,740 円
申請額合計			15,190 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)といずれか低い方となります。

接種実施医療機関名	●●病院												
医療機関住所	●●県　●●市　●●-●●　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	さんだ たろう										※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	三田　太郎											

【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