様式第4号（第12条関係）

高齢者等定期予防接種助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

　南丹市長　　　様

（申請者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 | 対象者との続柄（　　　） |
| 電話番号 |  |

標記助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | □　申請書  に同じ | 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | 南丹市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 助成対象と金額 | 予防接種の種類 | | | | ア）接種費用 | | | |  | イ）自己負担 | | | |  | | ウ（助成基準額） | | | | | | エ（助成上限額） | | | | | |
| □インフルエンザ | | | |  | | | | - | 1,500 | | | | = | |  | | | | | | 3,742 | | | | | |
| □新型コロナウイルス感染症 | | | |  | | | | - | 4,500 | | | | = | |  | | | | | | 11,109/8,799/9,899 | | | | | |
| □肺炎球菌 | | | |  | | | | - | 2,500 | | | | = | |  | | | | | | 5,744 | | | | | |
| □帯状疱疹（生ワクチン） | | | |  | | | | - | 3,000 | | | | = | |  | | | | | | 5,459 | | | | | |
| □帯状疱疹(組換えワクチン1回目) | | | |  | | | | - | 7,000 | | | | = | |  | | | | | | 14,659 | | | | | |
| □帯状疱疹(組換えワクチン2回目) | | | |  | | | | - | 7,000 | | | | = | |  | | | | | | 14,659 | | | | | |
| □　注１）　ウ（助成基準額）とエ（助成上限額）を比較し、それぞれ安い方を合計します。  □　注２）　生活保護の方は、イ（自己負担）の控除をしないで計算します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成金請求額合計  （先頭に金又は￥を記入） | | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | 円 | |
| 振込先口座 | 金融機関名 | | □　銀行・□　信用金庫　□農協 | | | | | | | | | | | | | | □本店・□支店・□出張所 | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | □普通・□当座 | | | | 口座番号 | | | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 口座名義  （申請者又は助成対象者本人のもの） | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

＜添付書類＞　□　①　予防接種にかかる医療機関発行の領収書

　□　②　申請者が後見人の場合は、登記事項証明書（写し可）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局記入欄 | 審査 | 可　・　否 | 交付決定額 | | □申請に同じ | 円 |
| □生活保護(上記３予防接種対象）　　該当・非該当 | | | | □委託医療機関外接種 | | |