

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		
	☐ 带状疱疹 (生ワクチン)		-	3,000	=		5,459		
	☐ 带状疱疹 (組換えワクチン 1 回目)		-	7,000	=		14,659		
	☐ 带状疱疹 (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	

