

定期予防接種

法定外予防接種

(該当する予防接種の□欄に、✓を記入ください。)

## 記入見本

### 予防接種費用助成申請書

令和〇年 ×月 〇日

観音寺市長 宛て

申請者 観音寺 花

住 所 〒768-0067

観音寺市坂本町一丁目1番×号

氏 名 観音寺 花

(被接種者との続柄 本人 )

※本人による署名に代えて、記名押印することもできます。

電 話 090-1234-5678

本人以外が代筆する場合は  
記名、押印をお願いします

予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

金額欄は空白でお願いします

助成申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

被接種者 (予防接種を 受けた人)	住 所	観音寺市坂本町一丁目1番×号				
	氏 名	観音寺 花			( 2 × 歳)	
	生年月日	平成×年	〇年	×日		

振込先	観音寺							銀行・金庫 農協・組合	支店・支所 本所 出張所	
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	カンオンジ ハナ
	<input type="checkbox"/> 当座								口座名義人	観音寺 花

※振込先は、申請者（保護者）本人の口座を記入してください。

ワクチン名	期別	接種年月日	接種費用額 (円)	※助成 限度額(円)	※助成額 (円)
RSウイルス	1回	R×年 ○月 ○日	29,xxx	ここは 記入しないで ください	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

- (1) ※欄は、市処理欄のため、記入しないでください。
- (2) 定期予防接種を受けたときの助成額は、助成限度額又は実際に要した予防接種費用のいずれか少ない額とします。
- (3) 法定外予防接種を受けたときの助成額は、助成限度額又は実際に要した予防接種費用の2分の1の額のいずれか少ない額とします。

※助成申請の手続きは接種日から **1年以内**に行ってください。

※予防接種を受けた人が2人以上いる場合は、それぞれ一人分ずつ用紙に記入してください。