所沢市予防接種接種料助成金交付申請書兼請求書

記載内容を訂正する場合は訂正印を 押してください。

※請求金額欄は訂正できません。

(宛先) 所沢市長

申請者(<mark>口座名義人</mark>)の方の				
・住所		住	所	
・氏名				
・連絡先 (日中連絡の取れる番号)	申請者	氏	名	
をご記入ください。	(保護者)			
押印は不要です。		電	話	

所沢市予防接種接種料の助成に関する要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

また、助成要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳等の公簿を確認し、及び予防接種を受けた 医療機関に照会することに同意します。

が 	7.2. 0 0. 7 0				
対象者氏名					
生年月日		年	月	目	
予防接種接種料	A		35,700	円	
請求金額	B		35,060	円	※この欄は 訂正できません。
振込先 (どちらかを選択)	(振込先の金 び口座名義(大 □ 私は、所沢 予防接種任意 する風しん任	融機関名、 カタカナ)が 市予防接種 再接種料助り 意予防接種	支店名・出張所名 分かる通帳等の写 接種料助成金、所 式金及び所沢市妊	、預金 しを添 沢市造 を が な、 前	込みを希望します。 種目、口座番号及 付してください。) 血幹細胞移植後の 望する女性等に対 回申請した助成金 す。
1 接種した	領収書 (原本)				

どちらかに**√**をしてください

- ・初めて申請をする場合は、通帳等の写しを添付してください。
- ・2年以内に予防接種関連の助成金申請をしていて、同口座への振込 みを希望する場合は、添付不要です。(申請者が同じ場合に限る)

ある場合を除く。)

■予防接種接種料助成金算出表(令和4年4月1日以降接種分) 【記入の手順】下表の**太枠内**に必要事項をご記入ください。

記入例

- ・②と④を比較し、低い方の金額を「⑤請求金額」欄に記入してください。
- ・④の合計金額A、⑤の合計金額Bを、申請書兼請求書のA欄、B欄に記入してください。 (請求金額は訂正できないため、間違わないように記載してください)

①予防接種の種類	②助成限度額	③接	種年月	日	④予防接種接種料(税 (自己負担額)	込)	⑤請求金額 (②と④を比較し低い方の	の額)
		R4 年	4月	5 ∃	9,000	円	9,000	P
ヒブ	6 歳未満 9,570円	年	月	日		円		P
	6 歳以上 8,740円	年	月	日		円		Р
		年	月	日		円		Р
小児用肺炎球菌		R4 年	4 月	5日	12,700	円	12,700	F
	12,700円	年	月	日		円		F
	12,700円	年	月	日		円		F
		年	月	日		円		F.
		年	月	日		円		円
B型肝炎	8,580円	年	月	日		円		F.
		年	月	日		円		F.
ロタウイルス (ロタリックス)	16, 020円	年	月	日		円		F.
(1価)	10, 020 1	②助成	[日 r 主 : 发	質 と	(L		F.
ロタウイルス								μ,
(ロタテック)	10,680円	を比べ	、 <u>低</u> V	^万 の	金額を記入してくだ 	.15! _	<u></u>	F.
(5価)		年	月	日				F,
	6 歳未満13,360円 6 歳以上11,110円	R4 年	6 月	15日	14,000	円	13,360	F.
四種混合		年	月	日		円		F.
四種混合		年	月	日		円		F.
		年	月	日		円		F.
ВСG	11,550円	年	月	日		円		F,
二種混合	6 歳未満 7,160円 6 歳以上 4,910円	年	月	目		円		F.
麻しん風しん混合	6 歳未満12,700円	年	月	日		円		円
W 010 M 010 HE I	6 歳以上10,450円	年	月	日		円		F,
水痘	6歳未満11,000円 6歳以上 8,740円	年	月	日		円		円
/八/亞		年	月	日		円		F,
日本脳炎	6 歳未満 9,620円 6 歳以上 7,370円	年	月	日		円		円,
		年	月	日		円		F,
		年	月	日		円		F.
		年	月	日		円		F.
子宮頸がん	16,990円	年	月	日		円		F.
		年	月	日		円		<u></u> 円
	この欄に記載され	た金額を			この欄に	こ記載	載された金額を	F.
F	申請書兼請求書の	予防接種	重接種	料 欄(こ 申請書簿	を請え	 大書の 請求金額 欄に	F.
	記入してください。	0			記入して		·	F.
			_	<u></u>		- \ /		F
		年	75	<u> </u>				F
		合 計	- 金	額	(A) 35,700	円	B 35,060	Р

※その他の予防接種の限度額(接種された場合は、空欄にご記入ください)

麻しん (6歳未満 9,130 円、6歳以上 6,870 円)・風しん (6歳未満 9,140 円、6歳以上 6,880 円)

・不活化ポリオ (6歳未満 10,780円、6歳以上 9,950円)