

予防接種費用助成申請書

遠別町長 様

下記の者の、予防接種に要した費用助成を申請します。
なお、申請内容の確認に当たり、遠別町が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は接種医療機関等に問い合わせることに同意します。

(申請日) 年 月 日

【申請者】

フリガナ			
氏名	⑩		
	【被接種者との続柄 : 本人 ・ 家族(続柄) ・ その他() 】		
日中連絡先	— —		
住所	〒 (建物名等)		

【被接種者】

フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
氏名				
住所	□申請者と同じ			
接種した 予防接種 の種類	対象疾病名	: 接種内容	対象疾病名	: 接種内容
		: 1 回目・2 回目・3 回目・()		: 1 回目・2 回目・3 回目・()
		: 1 回目・2 回目・3 回目・()		: 1 回目・2 回目・3 回目・()
		: 1 回目・2 回目・3 回目・()		: 1 回目・2 回目・3 回目・()

【振込先】 ※原則として申請者の口座を指定してください

口座名義人	カナ		
金融機関名	銀行 ・ 信金 農協	本店 ・ 支店 支所 ・ 出張所	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	

【添付書類】 医療機関の発行した領収書・明細書 (予防接種名がわかるもの)

通帳等、振込先の口座番号が確認できるものの写し

申請者本人を確認できるもの (マイナンバーカード・運転免許証 等)

※虚偽の申請・その他の不正行為により助成金を受けたことが発覚した際は、その全額または一部の返還を
求める場合があります。

遠別町使用欄

本人確認	来庁者	確認事項
①番・免・パ・手・他 ()	□本人	□住民登録 □予防接種領収書 (写)
②証・年金・児童・バス・社員・学生	□代理人	□助成額積算表
他 ()	代理権確認手段 ()	□他 ()

決 定	
☐ 申請を認め、助成金を交付する	(円)
☐ 下記理由により申請を却下する	理由 ()

(別表) 助成額積算表 ※遠別町使用

(1) A類疾病及びB類疾病(インフルエンザ及び肺炎球菌感染症)

接種した 予防接種の種類	かかった費用	助成基準額	助成額
	A	B	C
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
合計助成額			

A: 実際にかかった金額(助成対象者が契約外医療機関に支払った予防接種費用)

B: 予防接種を受けた年度の当町における予防接種ワクチン委託料単価

C: A・Bのいずれか低い額

(2) B類疾病(新型コロナウイルス感染症及び帯状疱疹)

☐生活保護受給者(自己負担なし)

かかった費用	助成基準額	助成額
A	B	C
円	円	円

A: 実際にかかった金額(助成対象者が契約外医療機関に支払った予防接種費用)

B: 予防接種を受けた年度の当町における予防接種ワクチン(生活保護受給者)委託料単価

C: A・Bのいずれか低い額

☐生活保護受給者以外(自己負担あり)

かかった費用	助成基準額	助成対象額	自己負担額	助成額
A	B	C	D	E
円	円	円	円	円

A: 実際にかかった金額(助成対象者が契約外医療機関に支払った予防接種費用)

B: 予防接種を受けた年度の当町における予防接種ワクチン(生活保護受給者)委託料単価

C: A・Bのいずれか低い額

D: Cに10分の3をかけた金額。千円未満の端数は切り捨てる。

E: CからDを控除した額