

記入例

第1号様式(第4条関係)

消えるボールペンは不可。

茅ヶ崎市乳幼児等予防接種費用補助金交付申請書

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

申請時の住所をご記入ください。

保護者の氏名をご記入ください。

住 所 茅ヶ崎市●●●1-2

申請者 氏 名 茅ヶ崎 花子 (印)※(被接種者との続柄 母)

※本人確認書類を提示することで、押印を省略することができます。

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

茅ヶ崎市乳幼児等予防接種費用補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被接種者 (接種を受けた人)	氏 名	茅ヶ崎 太郎		〔フリガナ: チガサキ タロウ〕	
	生年月日	●● 年 ●● 月 ●● 日			
	住 所	郵便番号〔 ●●● - ●●●● 〕 茅ヶ崎市●●●1-2-3		申請時の住所をご記入ください。	
接種の内容	別紙のとおり				
予防接種の種類・期別	接種日	接種料金 (A)	補助限度額 (B)	交付申請額 (C=A・Bのうち少ない額)	
ヒブ (3歳未満)	初回1回目	●●年●月●日	9,000 円	10,813 円	9,000 円
	初回2回目		円	円	円
	初回3回目		円	円	円
	追加		円	円	円
ヒブ(3歳以上)		円	円	円	円
小児の 肺炎球菌 (3歳未満)	初回1回目	●●年●月●日	15,000 円	14,520 円	14,520 円
	初回2回目		円	円	円
	初回3回目		円	円	円
	追加		円	円	円
小児の肺炎球菌(3歳以上)					
B型肝炎	1回目	予防接種の種類・期別より、申請するワクチンの種類と回数を探していただき、隣に接種日、接種料金、補助限度額をご記入ください。申請するワクチンが一覧にない場合は、空欄にご記入ください。		円	円
	2回目			円	円
	3回目			円	円
ロタ(1価) (ロタリックス)	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
ロタ(5価) (ロタテック)	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
	3回目		円	円	円
四種混合 (3歳未満)	初回1回目		円	円	円
	初回2回目		円	円	円
	初回3回目		円	円	円
	追加		円	円	円

限度額表の金額をご記入ください。

(A)と(B)のうち、少ない金額をご記入ください。

予防接種の種類・期別		接種日	接種料金 (A)	補助限度額 (B)	交付申請額 (C=A・Bのうち少ない額)
BCG		●●年●月●日	9,000 円	9,438 円	9,000 円
水痘 (3歳未満)	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
MR1期(1歳以上2歳未満)			円	円	円
MR2期(就学前の1年間)			円	円	円
日本脳炎 (3歳未満)	1期初回1回		円	円	円
	1期初回2回		円	円	円
	1期追加		円	円	円
日本脳炎 (3歳以上 6歳未満)	1期初回1回		円	円	円
	1期初回2回		円	円	円
	1期追加		円	円	円
日本脳炎 (6歳以上)	1期初回1回		円	円	円
	1期初回2回		円	円	円
	1期追加		円	円	円
	2期		円	円	円
二種混合2期			円	円	円
子宮頸がん	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
	3回目		円	円	円
予診のみ	3歳未満		円	円	円
	3歳以上6歳未満		円	円	円
	6歳以上		円	円	円
			円	円	円
交付申請額(合計)					¥32,520 円

限度額表の金額をご記入ください。

(A)と(B)のうち、少ない金額をご記入ください。

予防接種の種類・期別より、申請するワクチンの種類と回数を探していただき、隣に接種日、接種料金、補助限度額をご記入ください。申請するワクチンが一覧にない場合は、空欄にご記入ください。

助成金額(小計)を合計した金額をご記入ください。

備考 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 予診票又はその他予防接種の内容が確認できる書類(母子健康手帳の写し等)
- (2) 領収書の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

担当課 記入欄	依頼書発行番号() (收受印)	
	窓口来庁者が被接種者 氏	
	<p style="text-align: center;">担当課記入欄ですので、未記入でお願いします。</p> <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> その他(
受付者	受付方法	来庁・郵送