

第1号様式(第4条関係)

茅ヶ崎市高齢者予防接種費用補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

住所
 申請者 氏名 ⑩※
※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。
 被接種者との続柄
 電話番号

茅ヶ崎市高齢者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	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
	住所	〒				
接種の内容	別紙のとおり					
予防接種の種類等	接種日	予防接種に要した費用の額 (A)	補助限度額 (B)	被接種者の自己負担金額 (C)	交付申請額 (D=A・Bのうち少ない額からCを差し引いた額)	
インフルエンザ		円	円	円	円	
肺炎球菌感染症		円	円	円	円	
新型コロナウイルス感染症		円	円	円	円	
帯状疱疹 <small>ほうしん</small>	1回目	円	円	円	円	
	2回目	円	円	円	円	
予診のみ		円	円	円	円	
合 計					円	

備考 次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 予診票その他予防接種の内容が確認できる書類
- (2) 領収書の写し
- (3) 被接種者が被保護者である場合にあっては、生活保護法の規定による保護を受けていることを証する書類
- (4) 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 ()	台帳確認者	(收受印)		
	備考				
	本人確認書類 (※押印省略時のみ使用) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	受付者	受付方法			