

申請書の記入例

第1号様式(第4条関係)

消えるボールペンは不可

茅ヶ崎市高齢者予防接種費用補助金交付申請書

予防接種を受けた方の住所、氏名を記入し、続柄は「本人」と記入してください。(成年後見人の場合は除く)

令和〇年×月△日

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1-1
 申請者 氏名 茅ヶ崎 太郎 (印)※
 ※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 本人
 電話番号 0467-82-1111

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

予防接種を受けた方の氏名等を記入してください。

被接種者	フリガナ	チガサキ タロウ		昭和〇〇年×月△日			
	氏名	茅ヶ崎 太郎					
	生年月日						
	住所	〒253-8686 茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1-1					
接種の内容		別紙のしおり					
予防接種の種類等	接種日	実際に支払った予防接種の金額 (A)		補助限度額表の金額 (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)
		予防接種に要した費用の額 (A)	補助限度額 (B)				
インフルエンザ	〇年×月△日	5,000円	5,456円	2,000円	3,000円		
肺炎球菌		円		円	円		
新型コロナウイルス感染症				円	円		
ほうしん 帯状疱疹	1回目	・インフルエンザの場合 2,000円 ・新型コロナウイルス感染症の場合 5,000円 ・肺炎球菌の場合 4,000円 ・帯状疱疹(生ワクチン)の場合 4,500円 ・帯状疱疹(組換えワクチン)の場合 11,800円 ※生活保護世帯の方は0円					
	2回目						
予診のみ							
							3,000円

備考 次に掲げる書類を添付してください。

- 予診票その他予防接種の内容が確認できる書類
- 領収書の写し
- 被接種者が被保護者である場合にあっては、被保護者である旨の書類
- その他市長が必要と認める書類

(A) と (B) のいずれか少ない方の金額から (C) を差し引いた金額

担当課 記入欄	依頼書発行番号 ()	(收受印)
担当課記入欄ですので、未記入でお願いします。		
受付者		