

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 ○ 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				
	氏名	茅ヶ崎 太郎				
	生年月日	昭和 ○○ 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		○年×月△日	5,000円	5,478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 带状疱疹	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 ・带状疱疹(生ワクチン)の場合 4,500円 ・带状疱疹(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。

- (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、その旨が確認できる書類
- (4) 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 ()	(収受印)
	担当課記入欄ですので、未記入をお願いします。	
受付者		