様式第１号（第６条関係）

豊明市予防接種費助成対象者認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　　日

豊明市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

予防接種費に係る助成を受けたいので、豊明市予防接種費助成金交付要綱第６条の規定に基づき、次のとおり申請します。

　　 なお、自己負担金の額の確定に必要がある場合は、生活保護法に定める被保護者に該当するかについて市担当者が調査することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ被接種者氏名 | □申請者に同じ | 申請者との続柄 | □本人□その他（　　　　　 ） |
| 被接種者年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　歳） |
| 被接種者住所 | □申請者に同じ〒 |
| 予防接種名（該当箇所に✓・ご記入ください。） | □高齢者肺炎球菌　□インフルエンザ　□新型コロナウイルス　　□高齢者帯状疱疹　　　　　　　　（ □ビケン　・　□シングリックス　□１回目・□２回目　）今回接種が２回目の場合、前回接種（　　　年　　月　　日）前回ワクチン名（　　　　　 　　 ）　　　□風しん第５期（令和７年３月３１日までに実施した抗体検査結果（風しんへの抗体が無いもの）をご用意ください。接種時必要となります。結果票が無い場合は　健康推進課へご相談ください。） |
| * 滞在先住所

（もしくは病院・施設名など）**※書類送付先とされる場合✓して下さい** | 〒（　　　　　　　　　　　　　様方）　　　　　　　　電話（　　　　）　　　－ |
| 滞在期間 | 令和　　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日 |
| 申請理由（該当する□に✓をご記入ください。） | □市外の医療機関に入院している場合□特殊な疾病等で市内の医療機関で接種ができない場合□介護老人保健施設等へ入所している場合□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施医療機関 | 名称　住所　〒電話 |

**＜添付書類＞書類送付先が滞在先住所となる場合、被接種者の本人確認書類を添付して下さい。**

様式第１号（第６条関係）

記入例

豊明市予防接種費助成対象者認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

√レテン

✔

豊明市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　〒　　470-1195

認定後に送付する請求書にご記入いただく

助成金の振込口座名義人（原則被接種者口座）と申請者は同一にしてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　豊明市新田町子持松1-1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　予防　接種

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　0562-85-3009

 予防接種費に係る助成を受けたいので、豊明市予防接種費助成金交付要綱第６条の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、自己負担金の額の確定に必要がある場合は、生活保護法に定める被保護者に該当するかについて市担当者が調査することに同意します。

予防接予防接種を受ける本人氏名

　　　　　　　　　　　本人住所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ被接種者氏名 | ☑申請者に同じ | 申請者との続柄 | ☑本人□その他（　　　） |
| 被接種者生年月日 | 大正・昭和　　　２３年１月　１日（　７６　歳） |
| 被接種者住所 | ☑申請者に同じ〒 |
| 予防接種名（該当箇所に✓・ご記入ください。） | □高齢者肺炎球菌　□インフルエンザ　□新型コロナウイルス　　□高齢者帯状疱疹　　　　　　　　（ □ビケン　・　☑シングリックス　☑１回目・☑２回目　）今回接種が２回目の場合、前回接種（　　　年　　月　　日）前回ワクチン名（　　　　 　　 ）　　　□風しん第５期（令和７年３月３１日までに実施した抗体検査結果（風しんへの抗体が無いもの）をご用意ください。接種時必要となります。結果票が無い場合は健康推進課へご相談ください。） |
| **☑** 滞在先住所（もしくは病院・施設名など）**※書類送付先とされる場合✓して下さい** | 〒297-8511千葉県浦安市▽▼5-5（　　　　　　　　　　　　　　　様方）　　　　　　　　電話（　　012　　）345－6789 |
| 滞在期間 | 令和７年１月１日　から　令和　　年　　　月　　日 |
| 申請理由（該当する□に✓をご記入ください。） | ☑市外の医療機関に入院している場合□特殊な疾病等で市内の医療機関で接種ができない場合□介護老人保健施設等へ入所している場合□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施医療機関 | 名称　〇●病院住所　〒279-0001　　千葉県浦浦安市□■電話　012-345-6789 |

**＜添付書類＞書類送付先が滞在先住所となる場合、被接種者の本人確認書類（写し）を添付して下さい。**