

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な場合は、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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ）
被接種者年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）		
被接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒		
予防接種名 (該当箇所にて✓・ご記入 ください。)	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹 (<input type="checkbox"/> ビケン ・ <input type="checkbox"/> シングリックス <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 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（ ） <input type="checkbox"/> 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。)		
<input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 市外の医療機関に入院している場合 <input type="checkbox"/> 特殊な疾病等で市内の医療機関で接種ができない場合 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設等へ入所している場合 <input type="checkbox"/> 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。

記入例

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 〒 470-1195

住所 豊明市新田町子持松 1-1

氏名 予防 接種

電話 0562-85-3009

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。

予防疫接種費に係る助成を受けたいので、豊明市予防疫接種費助成金交付要綱第6条の規定に基づき、予防疫接種を受ける本人氏名、本人住所の確定に必要がある場合は、生活保護法に定めるところに同意します。

フリガナ 被接種者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と の続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒		
予防疫接種名 (該当箇所に✓・ご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹 (<input type="checkbox"/> ビケン <input checked="" type="checkbox"/> シングリックス <input checked="" type="checkbox"/> 1回目・ <input checked="" type="checkbox"/> 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（ ） <input type="checkbox"/> 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。）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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。)	<input checked="" type="checkbox"/> 市外の医療機関に入院している場合 <input type="checkbox"/> 特殊な疾病等で市内の医療機関で接種ができない場合 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設等へ入所している場合 <input type="checkbox"/> その他 ()		
実施医療機関	名称 ○●病院 住所 〒279-0001 千葉県浦安市□■ 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。