

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		申請者との 続柄	☐ 本人
被接種者氏名	☐ 申請者に同じ		☐ その他（ ）
被接種者生年月日	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 * 個人通知された <u>豊明市民用</u> の予診票が必要です。		
	☐ インフルエンザ (☐ 標準量 ・ ☐ 高用量)		
	☐ 新型コロナウイルス		
	☐ 高齢者带状疱疹 * 個人通知された <u>豊明市民用</u> の予診票が必要です。 (☐ 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 ()		
* 右の必要書類がお手元に無い場合は、 <u>事前に</u> 健康推進課までご連絡 ください。	☐ 風しん第 5 期 * 令和 7 年 3 月 31 日までに実施した <u>抗体検査結果（風しんへの 抗体が無いもの）</u> が必要となります。		
☐ 滞在先住所 (病院・施設名など)	〒 (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		

※書類送付先となる住所欄の ☐ に✓を入れてください。✓無い場合は被接種者住所へ送付します。

<添付書類> 書類送付先が被接種者住所と異なる場合、被接種者の本人確認書類を添付して下さい。