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（　　　　　 ） |
| 被接種者生年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） | | |
| 被接種者住所 | 〒  豊明市 | | |
| 予防接種名  （該当する□に✓をご記入ください。） | □高齢者肺炎球菌  □高齢者インフルエンザ  □高齢者新型コロナウイルス | | |
| 滞在先住所  （もしくは病院名・施設名） | 〒  （　　　　　　　　　　　　　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 | | |

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６年１１月３０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。

予防接種を受ける本人氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 〒470-1195  予防接種を受ける本人の住民票の住所  豊明市新田町子持松 | | |
| 予防接種名  （該当する□に✓をご記入ください。） | □高齢者インフルエンザ  ✔  □高齢者肺炎球菌ワクチン  □高齢者新型コロナウイルス | | |
| 滞在先住所  （もしくは病院名・施設名） | 〒297-8511  千葉県浦安市▽▼5-5  （　　　　　　　　　　　　　　　様方）  　　　　　　　　電話（　　012　　）345－6789 | | |
| 滞在期間 | 令和６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 | | |