

様式第4号（第5条関係）

豊明市任意予防接種費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

豊明市長 殿

申請者 下
住所
氏名
電話

関係書類を添えて次のとおり豊明市任意予防接種費助成金を申請します。

対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	申請者 との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
申請金額（請求金額）	円（Ⅰ＋Ⅱ＋Ⅲの合計額）		
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン（ビケン） <input type="checkbox"/> 帯状疱疹ワクチン（シングリックス）		
	<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン（次の該当する項目に✓を記入してください。） <input type="checkbox"/> 中学3年生相当 <input type="checkbox"/> 裏面（ ）に該当し、 <u>新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師が認めるもの</u> （カッコ内に①～⑯の番号記入）		
回数	接種年月日※	負担額	助成額
1回目	令和 年 月 日	円	円（Ⅰ）
2回目	令和 年 月 日	円	円（Ⅱ）
	令和 年 月 日	円	円（Ⅲ）

振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・農協		本店・支店
種別	普通・当座・（ ）	口座番号	
フリガナ			
口座名義人	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		

◎添付書類：領収書（接種者氏名、接種年月日、金額及び医療機関名の記載があるもの）、予防接種

の種類に記載があるもの（明細書、接種済証または領収書）*添付書類はコピーでも可

※助成金の申請はワクチンの種類・回数に関わらず、接種日より6か月以内のものが対象となります。

新型コロナウイルスワクチン 任意予防接種費用助成対象者

接種当日、市内に住民票があり、以下のどちらかに当てはまる人

- (1) 中学3年生相当の年齢の人
- (2) 定期予防接種対象者以外で、重症化リスクの高い基礎疾患を有する人

『重症化リスクの高い基礎疾患を有する人』とは、次に掲げる基礎疾患を有する者
その他新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師が認める者を指します。

(ア) 以下の病気や状態で、通院、入院などを行っている者

- ①慢性の呼吸器の病気
- ②慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- ③慢性の腎臓病
- ④慢性の肝臓病（肝硬変等）
- ⑤インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病
- ⑥血液の病気（鉄欠乏性貧血は除く。）
- ⑦免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。）
- ⑧ステロイドなど免疫の機能を低下させる治療を受けている。
- ⑨免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- ⑩神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等）
- ⑪染色体異常
- ⑫重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態）
- ⑬睡眠時無呼吸症候群
- ⑭重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している場合）。なお、重い精神障害を有する者として精神障害者保健福祉手帳を所持している者、及び知的障害を有する者として療育手帳を所持している者については、通院又は入院をしていない場合も該当する。

(イ) ⑮基準（BMI 30以上）を満たす肥満の者

(ウ) ⑯その他