

高齢者带状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

（宛先）茨木市長

次のとおり、委託医療機関以外の医療機関において自己の費用負担で受けた予防接種の費用の助成を関係書類を添えて申請し、及び請求します。

申請日		年 月 日											
（予防接種を受けた者） 申請者	フリガナ							生年月日		年 月 日			
	氏 名	Ⓜ											
	住 所		〒 茨木市 電話番号 — —										
乾燥組換え带状疱疹ワクチン	1回目	領収書に記載の医療機関等の市区町村				都 道 市 区 府 県 町 村							
		補助上限額（A）		接種費用（B）		実費徴収金（C）※		予防接種を受けた年月日					
		円		円		円		年 月 日					
	申請額（D）（（A）と（B）のうち少ない額から（C）を差引いた額） 左側に¥マークを記入してください。						十	万	千	百	十	一	
	2回目	領収書に記載の医療機関等の市区町村（上記と同上 □ ）				都 道 市 区 府 県 町 村							
		補助上限額（E）		接種費用（F）		実費徴収金（G）※		予防接種を受けた年月日					
		円		円		円		年 月 日					
申請額（H）（（E）と（F）のうち少ない額から（G）を差引いた額） 左側に¥マークを記入してください。						十	万	千	百	十	一		
合計申請額（（D）＋（H）） 左側に¥マークを記入してください。		十	万	千	百	十	一	※生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯に属する人又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている人は、実費徴収金（C）、（G）及び（K）は0円となります。					
乾燥弱毒生水痘ワクチン		領収書に記載の医療機関等の市区町村（上記と同上 □ ）				都 道 市 区 府 県 町 村							
		補助上限額（I）		接種費用（J）		実費徴収金（K）※		予防接種を受けた年月日					
		円		円		円		年 月					
		申請額（L） （（I）と（J）のうち少ない額から（K）を差引いた額） 左側に¥マークを記入してください。						十	万	千	百	十	一

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

（振込申請先者名義）	金融機関名	銀行 金庫 農協						店 名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座						フリガナ	
	口座番号	左 詰 め						口座名義	

〔同意〕 審査のため、予防接種を受けた者の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。 申請者 _____ Ⓜ ※自署の場合は、押印不要									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ※〔添付書類〕
- ・医療機関の発行する領収書等
 - ・予防接種済証等

- ※〔注意事項〕
- ・上部の申請者・振込先口座・下部の申請者の3か所全て同じ氏名を記入してください。
 - ・押印される際は、朱肉を使う印鑑で押印してください。

処理欄 茨木市	予防接種時住民登録確認					確認	受付
	予防接種時年齢・接種歴確認						
	依頼書発行済確認						
	必要書類						
	照合処理						
	入力処理						
	NO.						