金沢市定期予防接種費助成金交付申請書

（あて先）金沢市長

助成金の交付を受けたいので、金沢市里帰り等定期予防接種費助成金交付要綱の規定に基づき、定期予防接種費助成の確認に必要な住民情報の記録を市長が調査することに同意し、次のとおり申請します。

申請日	R 4 年 4 月 1 日		
申請者（保護者）	住所	金沢市 広坂１丁目１番１号	
	フリガナ	カナザワ　ハナコ	連絡先電話番号
	氏名	金沢　花子（署名又は記名押印）	090－1234－5678 ※日中連絡可能な電話番号
被接種者（接種を受けたこども）	住所	金沢市 ※申請者と同じ住所の場合は記入不要	
	フリガナ	カナザワ　タロウ	生年月日 R 3 年 8 月 1 日
	氏名	金沢　太郎	

申請するワクチン		接種日	接種日の年齢	接種費用（円）
☑ ロタリックス	１回目 ☑	R 3 年 10 月 1 日	0 歳	15,000
または	２回目 ☑	R 3 年 11 月 1 日	0 歳	15,000
☐ ロタテック	３回目 ☐	R 年 月 日	0 歳	,
☑ ヒブワクチン	１回目 ☑	R 3 年 10 月 1 日	0 歳	9,000
	２回目 ☑	R 3 年 11 月 1 日	0 歳	9,000
	３回目 ☐	R 年 月 日	0 歳	,
☑ 小児用肺炎球菌	１回目 ☑	R 3 年 10 月 1 日	0 歳	12,000
	２回目 ☑	R 3 年 11 月 1 日	0 歳	12,000
	３回目 ☐	R 年 月 日	0 歳	,
☑ Ｂ型肝炎	１回目 ☑	R 3 年 10 月 1 日	0 歳	7,000
	２回目 ☑	R 3 年 11 月 1 日	0 歳	7,000
	３回目 ☐	R 年 月 日	0 歳	,
☑ 四種	１回目 ☑	R 3 年 11 月 1 日	0 歳	11,000
	２回目 ☐	R 年 月 日	0 歳	,
	３回目 ☐	R 年 月 日	0 歳	,
☐ ＢＣ		R 年 月 日	0 歳	,
☐ その他（　　）	☐	R 年 月 日	0 歳	,
☐ その他（　　）	☐	R 年 月 日	0 歳	,

接種したワクチンにチェックしてください

接種費用をご記入ください

接種日をご記入ください

②を選んだ場合は、口座をご記入ください

助成金振込口座			
☑ ① 届出済の子ども医療費助成金の振込口座　※口座記入不要			
☐ ② 下記の振込口座　※振込口座【申請者名義の口座】を記入してください			
金融機関名	支店名		
普通預金	口座番号	口座名義（カナ）※申請者名義	
1			

《添付書類》
- ☐【必ず】申請するワクチンのワクチン名、接種日、金額のわかる領収書（原本）
- ☐【必ず】申請するワクチンの予診票（原本又は写し）
- ☐【必ず】母子健康手帳の出生届出済証明のページ及び予防接種の記録のページのコピー
- ☐【口座を記入した場合】振込口座の通帳のコピー（銀行・支店名、口座番号、口座名義がわかるページ）

項目をチェックし、確認してください

《注意事項》
- 接種日[illegible]種費を助成します。
- 県外で[illegible]種実施依頼書」の交付を受けてください。
- 申請期限は、接種日の１年後の月末までです。
- １回の接種につき、各ワクチンの助成限度額まで助成します。ただし、実際の接種費用が助成限度額を下回るときは、その接種費用を助成します。

《提出先》　郵送（〒920-8577 金沢市広坂1-1-1 金沢市健康政策課）又は健康政策課、福祉健康ｾﾝﾀｰ（泉野、元町、駅西）

《お問合せ》 金沢市健康政策課　TEL（076）220-2701

（令和４年度接種に係る各ワクチンの助成限度額）

ワクチンの種類	助成限度額	ワクチンの種類	助成限度額
ロタリックス	14,660円	B型肝炎	6,840円
ロタテック	9,640円	四種混合	11,360円
ヒブワクチン	8,770円	BCG	9,710円
小児用肺炎球菌	12,130円	日本脳炎	7,790円

※以下は記入しないでください。

申請者№		被接種者№	

（受付印）	（連番）