

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	5	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																	
被接種者 (接種を受けた子ども)	住所	金沢市 <small>※申請者と同じ住所の場合は記入不要</small>																	
	フリガナ	カナザワ タロウ																	
	氏名	金沢 花子				連絡先電話番号	090-1234-5678								<small>※日中連絡可能な電話番号</small>				
	氏名	金沢 太郎				生年月日	R	4	年	8	月	1	日						
15	申請するワクチン		接種日				接種日 の年齢	接種費用 (円)											
	<input checked="" type="checkbox"/>	ロタリックス	1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	年	1	0	月	1	日	0	歳	1	5	0	0	0
			2回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	年	1	1	月	1	日	0	歳	1	5	0	0	0
	<input type="checkbox"/>	ロタテック	3回目	<input type="checkbox"/>	R		年							0	歳				
	<input checked="" type="checkbox"/>	②を選んで場合は、口座を ご記入ください	1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	年	1	0	月	1	日	0	歳	9	0	0	0	0
	<input checked="" type="checkbox"/>	②を選んで場合は、口座を ご記入ください	2回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	年	1	1	月	1	日	0	歳					
	<input type="checkbox"/>		3回目	<input type="checkbox"/>	R		年							0	歳				
	<input checked="" type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌	1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	年	1	0	月	1	日	0	歳	1	2	0	0	0
			2回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R									0	歳	1	2	0	0
	<input type="checkbox"/>		3回目	<input type="checkbox"/>	R									0	歳				
	<input checked="" type="checkbox"/>	B型肝炎	1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	年	1	0	月	1	日	0	歳	7	0	0	0	0
			2回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	年	1	1	月	1	日	0	歳	7	0	0	0	0
	<input type="checkbox"/>		3回目	<input type="checkbox"/>	R									0	歳				
	<input checked="" type="checkbox"/>	②を選んで場合は、口座を ご記入ください	1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	年	1	1	月	1	日	0	歳	1	1	0	0	0
	<input type="checkbox"/>	BCG		<input type="checkbox"/>	R									0	歳				
<input type="checkbox"/>	その他( )		<input type="checkbox"/>	R									0	歳					
<input type="checkbox"/>	その他( )		<input type="checkbox"/>	R									0	歳					
224	<input checked="" type="checkbox"/> 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																		
	<input type="checkbox"/> 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																		
助成金 振込口座	金融機関名									支店名									
	225																		
232	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)

《注意事項》

- 接種日、接種費用を助成します。
- 県外で接種した場合は「接種実施依頼書」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(駅西、泉野、元町)

《お問合せ》 金沢市健康政策課 TEL (076) 220-2701

(令和5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No.	255					262
被接種者No.	263					270
(受付印)						
(連番)						