

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	1 R	7 年 4 月 1 7 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			090-1234-5678									
	氏名	金沢 花子							※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	6	年	8	月	1	日			
	氏名	金沢 太郎				8									14			
	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 <input type="checkbox"/> ロタテック				1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	年	1	0	月	1	日	0	歳	1,5,0,0,0	
	<input type="checkbox"/> ロタテック				2回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	年	1	1	月	1	日	0	歳	1,5,0,0,0	
	<input type="checkbox"/> 接種したワクチンにチェックしてください ださい				R		年		月			日	0	歳				
	<input type="checkbox"/>				R		年		月			日	0	歳				
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌				1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	年	1	0	月	1	日	0	歳	1,2,0,0,0	
	<input checked="" type="checkbox"/>				2回目	接種日をご記入ください								1	日	0	歳	1,2,0,0,0
	<input checked="" type="checkbox"/>				3回目	<input type="checkbox"/>	R		年		月		日	0	歳			
	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎				1回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	年	1	0	月	1	日	0	歳	7,0,0,0,0	
	<input checked="" type="checkbox"/>				2回目	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	年	1	1	月	1	日	0	歳	7,0,0,0,0	
	<input checked="" type="checkbox"/>				3回目	<input type="checkbox"/>	R		年		月		日	0	歳			
<input type="checkbox"/> 四種				1回目	<input type="checkbox"/>	R		年		月		日	0	歳				
<input type="checkbox"/>				2回目	<input type="checkbox"/>	R		年		月		日	0	歳				
<input type="checkbox"/>				3回目	<input type="checkbox"/>	R		年		月		日	0	歳				
<input type="checkbox"/> B C				1回目	<input type="checkbox"/>	R		年		月		日	0	歳				
<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													
267				268								270						
264	普通預金	272	口座番号	278	279	口座名義(カナ) ※申請者名義								293				
271	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又は写し

【必ず】項目をチェックし、確認してください

し ※ 出生届出済証明は基本的に1ページ目にあります。

【必ず】【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)

※ 通帳がない場合は、キャッシュカードの写し又はネットバンキングの写しでも構いません。

《注意事項》

- 接種日に金沢市に住民登録のある0歳児が県外で接種した定期予防接種費を助成します。
- 県外で定期予防接種を受けるときは、健康政策課から事前に「予防接種実施依頼書」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(必着)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7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	ワクチンの種類	助成限度額
ロタリックス	14,700円	小児用肺炎球菌	12,220円	四種混合	11,450円
ロタテック	9,670円	B型肝炎	6,930円	B C G	11,450円
ヒブワクチン	9,200円	五種混合	20,400円		

※以下は記入しないでください。

申請者No.

294

301

310

(受付印)

316

317

(連番)

321

被接種者No.

302

309