

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 年 月 日											
申請者 (保護者)	住所											
	刀がナ 氏名						連絡先電話番号					
被接種者 (接種を受けた子ども)	住所	金沢市 ※申請者と同じ住所の場合は記入不要										
	刀がナ 氏名						生年月日	R	年	月	日	
	申請するワクチン			接種日				接種日の年齢	接種費用(円)			
	<input type="checkbox"/>	ロタリックス	1回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳			
		又は	2回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳			
	<input type="checkbox"/>	ロタテック	3回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳			
	<input type="checkbox"/>	ヒブワクチン	1回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳			
			2回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳			
			3回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳			
	<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌	1回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳			
	2回目		<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
	3回目		<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
<input type="checkbox"/>	B型肝炎	1回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
		2回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
		3回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
<input type="checkbox"/>	五種混合	1回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
		2回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
		3回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
<input type="checkbox"/>	四種混合	1回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
		2回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
		3回目	<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
<input type="checkbox"/>	BCG		<input type="checkbox"/>	R	年	月	日	0歳				
助成金 振込口座	<input 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											
	金融機関名					支店名						
	普通預金					口座番号						
1					口座名義(カナ) ※申請者名義							

- 《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
各ワクチン毎の金額が分かる明細書もあれば添付ください。
 - 【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写し ※ 出生届出済証明は基本的に1ページ目にあります。
 - 【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6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	14,660円	小児用肺炎球菌	12,130円	四種混合	11,360円
ロタテック	9,640円	B型肝炎	6,840円	BCG	11,360円
ヒブワクチン	9,100円	五種混合	20,310円		

※以下は記入しないでください。

申請者No.	294					301
被接種者No.	302					309
(受付印)						
(連番)						