（様式３）

豊能町予防接種費用助成申請兼請求書

　 年　　　月　　　 日

豊能町長 様

申請者（未成年にあっては保護者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　接種者との続柄（ 　　 ）

連絡先 　（ 　　　 ）　　　　　　 －

豊能町予防接種事業実施要綱第８条第３項に基づき、次の接種費用の助成を申請し、　　請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 接 種 者  | 住 所 豊能町  |
| 氏 名   |
| 生年月日 　 　 年　 　月　 　 日生　（ 　 歳）  |
| 接種したワクチン  |   |
| 接 種 医 療 機 関  | 所在地　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 医療機関名称  |
| 接種日 年 　　 月 　　 日  |
| 助成申請（請求）額  | 円 （各ワクチンによって還付上限額が異なります。） |
| 振 込 先 |  銀行 　 　　 支店  | 預金種別  | 普 通 ・ 当 座  |
| 口座 番号  |    | フリガナ  |   |
| 口座名義  |   |
| 上記のとおり請求しますので、本助成金つきまして、上記口座に振り込まれるようお願いします。　　　　　　　　　　　　申請者氏名 　　　　　 　㊞  |

 ＊添付書類…予防接種の種類、接種日、被接種者、医療機関、支払金額がわかる書類

（問診票控え、領収書など）

（　表内は町が記載します　）

●助成申請（請求）額の算出

|  |  |
| --- | --- |
|   | 接種したワクチン |
|   |   |   |       | 町確認欄  |
| ①医療機関への支払額  | 円  | 円  | 円  |   |
| ②町の委託金額 | 円  | 円  | 円  |   |
| ③本人が負担すべき額 （§5、6）＊1 | 円  | 円  | 円  |   |
| ④助成申請（請求）額 （①と②の低い方の額－③）  | 円  | 円  | 円  |   |

＊1…自己負担免除に該当する方は、免除証明書（§６関係）若しくは免除理由に該当する証明書を添付、または下記の該当する項目に○を記載し、同意事項に同意し免除理由の確認を受けること。

[免除理由]

|  |
| --- |
| 町確認欄 |

１.生活保護法による被保護世帯に属する

２.町民税非課税世帯に属する

[同意事項]

|  |
| --- |
| 接種者氏名 |

自己負担額を審査するため、私の個人情報（町民税課税状況等）を閲覧することに同意いたします。