

# 記入例

## 所沢市予防接種接種料助成金交付申請書兼請求書

記載内容を訂正する場合は訂正印を押してください。

※請求金額欄は訂正できません。

(宛先) 所沢市長

申請者 (口座名義人) の方の

- ・住所
- ・氏名
- ・連絡先 (日中連絡の取れる番号)

をご記入ください。  
押印は不要です。

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

(申請は対象者本人 (18 歳未満の場合はその保護者) に限ります。)

電 話 \_\_\_\_\_

所沢市予防接種接種料の助成に関する要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

また、助成要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳等の公簿を確認し、及び予防接種を受けた医療機関に照会することに同意します。

対象者氏名	
生年月日	<div data-bbox="584 1010 826 1128" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           ¥マークを頭に つけてください。         </div> _____ 月 _____ 日
請求金額	<b>¥ 35,706</b> 円
振込先 (どちらかを選択)	<input type="checkbox"/> 私は、別に添付した通帳等の写しの口座への振込みを希望します。 (振込先の金融機関名、支店名・出張所名、預金種目、口座番号及び口座名義(カタカナ)が分かる通帳等の写しを添付してください。) <input type="checkbox"/> 私は、前回申請した所沢市予防接種接種料助成金について交付を受けた口座への振込みを希望します。

### 【添付書類】

どちらかに✓をしてください

- ・初めて申請をする場合は、通帳等の写しを添付してください。
- ・2年以内に本助成金の申請をしていて、同口座への振込みを希望する場合は、添付不要です (申請者が同じ場合に限りません)。

その写しに当該事実の記載が

5 生活保護又は中国残留邦人等支援給付制度の受給者の方は受給証明書の写し (成人用肺炎球菌及び高齢者インフルエンザの予防接種の場合に限る。)

# 記 入 例

## ■ 予防接種接種料助成金算出表（令和5年4月1日以降接種分）

【記入の手順】 下表の**太枠内**に必要事項をご記入ください。

- ・②と④を比較し、低い方の金額を「⑤請求金額」欄に記入してください。
- ・合計金額を、申請書兼請求書の請求金額欄に記入し、金額の前に¥マークをつけてください。  
(請求金額は訂正できないため、間違えないようにご記入ください。)

① 予防接種の種類	② 助成限度額	③ 接種年月日	④ 予防接種接種料（税込） <small>（自己負担額）</small>	⑤ 請求金額 <small>（②と④を比較し低い方の額）</small>
ヒブ	6歳未満 9,592円 6歳以上 8,767円	<b>R5年 4月 5日</b>	<b>9,592</b> 円	<b>9,592</b> 円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
小児用肺炎球菌	12,727円	<b>R5年 4月 5日</b>	<b>12,727</b> 円	<b>12,727</b> 円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
B型肝炎	8,602円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
ロタウイルス (ロタリックス) (1価)	16,027円	年 月 日	円	円
ロタウイルス (ロタテック) (5価)	10,681円	年 月 日	円	円
四種混合	6歳未満 13,387円 6歳以上 11,132円	<b>R5年 6月 15日</b>	<b>14,000</b> 円	<b>13,387</b> 円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
BCG	11,572円	年 月 日	円	円
二種混合	6歳未満 7,188円	年 月 日	円	円
	6歳以上 4,933円	年 月 日	円	円
麻しん風しん混合	6歳未満 12,727円	年 月 日	円	円
	6歳以上 10,472円	年 月 日	円	円
水痘	6歳未満 11,022円	年 月 日	円	円
	6歳以上 8,767円	年 月 日	円	円
日本脳炎	6歳未満 9,647円 6歳以上 7,392円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
HPV (2・4価)	17,017円	年 月 日	円	円
HPV (9価)	29,942円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
<b>合 計 金 額</b>				<b>35,706</b> 円

②助成限度額 と ④予防接種接種料  
を比べ、低い方の金額を記入してください。

この金額を  
申請書兼請求書の**請求金額**欄に  
記入してください。

※その他の予防接種の限度額（接種された場合は、空欄にご記入ください）

麻しん（6歳未満 9,152円、6歳以上 6,897円）・風しん（6歳未満 9,163円、6歳以上 6,908円）

・不活化ポリオ（6歳未満 10,802円、6歳以上 9,977円）