

大山町任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

大山町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

大山町任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
 なお、交付の決定にあたり、申請者及び世帯員にかかる課税状況及び世帯の状況について調査することに同意します。

接種者氏名 (生年月日)	(年 月 日生)		
接種を受けた 医療機関名			
予防接種の種類 (いずれか該当する欄に○ をつけてください。)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> ロタウイルス (ロタリックス) 【1回目・2回目】 <input type="checkbox"/> ロタウイルス (ロタテック) 【1回目・2回目・3回目】		
接種した日	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
申請金額	円 (※)	世帯区分	該当する区分に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯

添付書類

- 医療機関発行の支払額を証明するもの（予防接種名の記載のあるもので領収書の写し等）
- 医療機関発行の接種済証の写し又は母子健康手帳の写し
- 住民税非課税世帯の方は、証明書を添付してください。ただし、町が課税台帳により確認できる場合は不要です。

※ 申請金額は、おたふくかぜ 2,000 円/回、ロタリックス 6,000 円/回、ロタテック 4,000 円/回を上限とし、接種金額が上限に満たないときはその額となります。
 接種日において、生活保護世帯及び住民税非課税世帯に該当する場合は、接種費用全額となります。

町確認欄

- 領収書の写し 接種済証又は母子健康手帳の写し 債権者登録
 住民税非課税世帯 生活保護世帯