

いの町特例予防接種助成金申請書兼請求書

年 月 日

いの町長 様

特例予防接種費用の助成について、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。

申請者【本人又は保護者】

フリガナ			
氏名	⑩		
生年月日	年	月	日
住所	〒 ー		電話番号
	いの町		
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種のための受診による新型コロナウイルス感染症へのり患リスクが、 予防接種を延期することによるリスクよりも高いと考えられたため。 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

予防接種を受けた者

フリガナ		申請者との続柄
氏名		
生年月日	年 月 日	（ 歳 か月）

振込先

振込口座	銀行 信用金庫 農協			支店 支所 出張所							
	1. 普通	2. 当座	口座番号								
フリガナ											
口座名義人氏名											

※ 接種の領収書（原本）と母子健康手帳（写し）または接種済証（写し）を提出してください。

接種した予防接種

申請者記入欄			町記入欄	
予防接種名	接種年月日	接種費用（A） <small>（支払った額）</small>	助成上限額（B）	申請額 <small>（AとBのうち少ない額）</small>
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
申請額合計		円	助成額合計	
			円	

助成金の額は、接種費用又は接種日の属する年度の高知県広域化予防接種委託契約書に定める額を上限のいずれか低い方の額となります。ただし、自己負担額が定められている予防接種については、自己負担額を差し引いて助成します。