

川越市予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

川越市長 宛

年 月 日

| | | | | |
|-------------------------------|---|----|------|-------|
| 申請者（被接種者） ※被接種者が未成年の場合は保護者 | ※申請者は接種を受けた本人（被接種者）です。 被接種者が未成年の場合に限り保護者が申請者となることができます。 なお、被接種者が自署できない場合は、本人の意思を確認したうえで、家族または成年後見人等が申請者（被接種者）の氏名等を代筆し、代筆者氏名欄等も記入してください。 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | | 電話番号 | |
| | 家族または成年後見人等が申請者氏名等を代筆した場合に記入してください。 | | | |
| 代筆者氏名 | | 続柄 | 電話番号 | |

下記の事項に同意の上、川越市予防接種費用助成金交付要綱第7条に基づき申請します。

- (1) 川越市予防接種費用助成金を受けるために、住民登録状況等について、関係部署により調査すること、及び接種した医療機関についてワクチンの接種等について問い合わせることに同意します。
- (2) 当該申請書は、川越市において助成を決定した後は、請求書として取り扱うことに同意します。

| | | | | |
|-------|---|------------|-----------|------------|
| 申請額 | 別紙 定期予防接種費償還払明細書の償還申請額の合計を記入してください。 | | | 円 |
| 被接種者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | (満 歳 か月) |
| | 接種日の住所 | 川越市 | | |
| | 提出書類を精査したうえで支給決定に係る通知を申請者宛（住民登録地）に送付します。 住民登録地（住所）と滞在先（居所）が異なる場合には、下記送付先住所を記入してください。 | | | |
| 送付先住所 | | | | |
| 振込先 | 申請者（被接種者）名義の口座を記入してください。 口座名義が申請者（被接種者）と異なる場合は、必ず下記 委任欄 に記入・押印してください。 | | | |
| | 金融機関名 | 銀行・信用金庫・農協 | | 本店・支店・出張所 |
| | 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | |
| | 口座名義人（フリガナ） | | 口座名義人（漢字） | |
| | 委任欄 私は上記口座名義人に申請者（被接種者）に係る川越市予防接種費用助成決定額の受け取りを委任します。 令和 年 月 日 申請者氏名 印 | | | |

・申請書の提出期限は、当該予防接種を受けた日の翌日から起算して1年を経過する日までです。

・下記書類を添付のうえ提出してください。

- ① 定期予防接種費償還払明細書（A類）または（B類）
- ② 接種したことがわかる書類：予防接種予診票（市提出用）の原本（写しでも可）または母子手帳の写し
- ③ 接種費用を証明する書類：予防接種の種類・単価が明記された領収証
- ④ 振込先口座番号を確認できる書類：通帳の金融機関名・支店名・口座番号がわかるページの写し等
- ⑤ 定期予防接種費償還払明細書（B類）を提出する場合：生活保護受給世帯者は受給証の写し、中国残留邦人等支援給付制度受給者は本人確認証の写し
- ⑥ 定期予防接種費償還払明細書（B類）を提出する場合：60歳以上～64歳以下の方は障害者手帳の接種対象者であることがわかるページの写し又は接種対象者であることがわかる医師の診断書