

安平町予防接種助成金申請書

平成 年 月 日

安平町長 様

申出・申請者 住所 安平町  
氏名

印

次のとおり助成金の交付を受けたいので、申請します。

1 助成を受けようとする者

住 所	安平町	生 年 月 日
氏 名		明治・大正・昭和 年 月 日

2 予防接種実施内容

予防接種名	接 種 実 施 年 月 日
インフルエンザ予防接種	平成 年 月 日

3 予防接種実施場所

医療機関名	所在地
	町内 ・ 町外 ( 市・町・村)

3 接種にかかった費用 円

4 助成金振込先

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 支店
口 座 番 号	普・当
口 座 名 義 人	

備 考

認定要件チェック様式

※この面は町で記入しますので何も書かないでください

1 助成要件の確認欄(助成基本要件 該当確認)

該当要件	確認方法
<input type="checkbox"/> 65歳以上	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票(Web-TAWN) <input type="checkbox"/> その他(
<input type="checkbox"/> 60歳以上65歳未満の特別要件	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

2 免除要件(全額助成 該当確認)

該当要件	確認方法
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳【1級・2級】(該当する級を○で囲む)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 第 号
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳3級 ※右記の障害部位以外は不可	
<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 1級(1級以外は不可)	<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳
<input type="checkbox"/> 生活保護法(被保護世帯の方)	<input type="checkbox"/> 福祉G確認・その他
<input type="checkbox"/> 介護保険法第8条第19項に定める介護保険施設入所者	<input type="checkbox"/> 施設又は介護保険G確認
<input type="checkbox"/> じん臓機能障害者、特定疾患等通院交通費の助成要件の者	<input type="checkbox"/> 受給者証(受診券)番号
<input type="checkbox"/> 障害者通所等交通費の助成要件の者	<input type="checkbox"/> 受給者証(手帳交付)番号

3 助成資格審査・助成金の額(助成資格確認)

<input type="checkbox"/> 「1 助成要件」の65歳以上のみ該当	(一律助成該当) → (町外)Bへ
<input type="checkbox"/> 「1 助成要件」の60～65歳未満に該当	(全額助成該当) → (町内)C・(町外)Dへ
<input type="checkbox"/> 「1 助成要件」65歳以上と「2 免除要件」の両方に該当	(全額助成該当) → (町内)C・(町外)Dへ
<input type="checkbox"/> 「1 助成要件」に該当しない	(助成できません) → 申請却下

助成額算定	I 自己負担額(領収書の額)	II 一律負担	III 助成上限額	助成決定額
一律助成の場合	A 町内接種	円	円	(I-II)の額とIIIの額を比較して少ない方の金額で助成決定 円
	B 町外接種			
全額助成の場合	C 町内接種	なし	なし	Iの額で決定(上限なし) 円
	D 町外接種			

領収書貼付欄