

様式第 4 号（第 9 条関係）

安平町予防接種に関わる申出書兼申請書

令和 年 月 日

安平町長 様

申請者 住所 安平町
氏名

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
新型コロナウイルス予防接種	令和 年 月 日

3 予防接種実施医療機関名

医 療 機 関 名	所在地
	町内 ・ 町外 （ 市・町・村）

接種にかかった金額 円

5 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（町外に滞在している場合は、支給決定通知書を送付する連絡先等を記入）

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
☐ 65歳以上	☐ 身分証明書 ☐ 運転免許証 ☐ 保険証 ☐ 住民票(Web-TAWN) ☐ その他()
☐ 60歳以上65歳未満の特別要件	☐ 身体障害者手帳1級 ☐ 心臓機能障害 ☐ じん臓機能障害 ☐ 呼吸器機能障害 ☐ 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
☐ 身体障害者手帳【1級・2級】(該当する級を○で囲む)		☐ 身体障害者手帳 第 号
☐ 身体障害者手帳3級 ※右記の障害部位以外は不可	☐ 心臓機能障害 ☐ じん臓機能障害 ☐ 呼吸器機能障害 ☐ ぼうこう又は直腸の機能障害 ☐ 小腸機能障害 ☐ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	
☐ 精神障害者福祉手帳 1級(1級以外は不可)		☐ 精神障害者福祉手帳
☐ 生活保護法(被保護世帯の方)		☐ 福祉G確認・その他
☐ 介護保険法第8条第25項に定める介護保険施設入所者	☐ 指定介護保健福祉施設(特養等) ☐ 介護老人保健施設 ☐ 指定介護療養型医療施設等	☐ 施設又は介護保険G確認
☐ 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	☐ 特定疾患受給者証 ☐ 小児慢性疾患受診券	☐ 受給者証(受診券)番号
☐ 障害者通所等交通費の助成要件の者	☐ 自立支援受給者証 ☐ 療育手帳(判定はA・Bとも可)	☐ 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)

☐ 「1 助成要件」の65歳以上のみ該当	(一律助成該当) → (町外)Bへ
☐ 「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
☐ 「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
☐ 「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				(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
	B 町外接種	円	→	→	円
全額助成の場合	C 町内接種	円	→	→	Ⅰの額で決定(上限なし)
	D 町外接種	円	→	→	円

領収書貼付欄