

安平町子どものインフルエンザ予防接種料金助成申請書

令和 年 月 日

安平町長 様

申請者 住 所
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 接種を受けた者

住 所		生年月日
氏 名		年 月 日

2 接種に関する内容

接種年月日	(1回目)	年 月 日
	(2回目)	年 月 日
接種した医療機関名		

3 医療機関への支払額 円

4 振込先

上記助成金を次の口座に振込みしてください。

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

(裏面) この面は役場で記入するので何も書かないでください。

1. 助成要件の確認

該当要件	確認方法
<input type="checkbox"/> 中学生以下の町民(該当)	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 子ども医療費受給者証
<input type="checkbox"/> 高校生以上の町民(非該当)	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> その他()

2. 助成額算定(接種した年度の町内接種料金に対する計算式)

(1) 1回目接種

助成対象額	自己負担	助成対象額 - 自己負担額 ①	助成上限額 ②	助成決定額 (①と②で少額の方)
円	円	円	2,800円	円

(2) 2回目接種

助成対象額	自己負担	助成対象額 - 自己負担額 ①	助成上限額 ②	助成決定額 (①と②で少額の方)
円	円	円	2,800円	円

(3) 助成合計(1)+(2)

	(1)の額	(2)の額	合計(助成決定額)
今回助成額	円	円	円

・・・ 領収書貼付欄 ・・・