

## 記入例

年 月 日

(あて先) 狭山市長

※太枠内を全て記入してください

申請者 住所 狭山市〇〇1-1-101  
氏名 狭山 花子  
被接種者との続柄 母  
電話番号 04-1234-5678

## 狭山市予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

定期予防接種費用助成金の交付を受けたいので、狭山市定期予防接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、市が住民基本台帳等の公簿を確認すること、及び市が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	フリガナ サヤマ タロウ 氏名 狭山 太郎		
住 所	〒 狭山市 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 <table><tr><td>《市記入欄》 住基確認</td><td></td></tr></table>	《市記入欄》 住基確認	
《市記入欄》 住基確認			
生年月日	令和 6 年 4 月 1 日 ( 0 歳 3 か月)		
保護者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合 (氏名)		
接種した 医療機関	医療機関名 〇〇クリニック 住所 東京都国立市〇〇3-3 電話番号 042-222-2222		
接種終了日	令和 6 年 7 月 3 日		

## &lt;振込先&gt;

金融機関の名称	さいたま <table><tr><td>銀行</td><td>本店</td></tr><tr><td>信用金庫</td><td>支店</td></tr><tr><td>農 協</td><td></td></tr></table> さやま	銀行	本店	信用金庫	支店	農 協	
銀行	本店						
信用金庫	支店						
農 協							
預金の種類	1 普通 2 当座 口座番号 No. 1234567						
フリガナ	サヤマ ハナコ ※申請者氏名を記入してください。						
口座名義人	狭山 花子 申請者以外の口座へ振り込む場合は、口座名義人氏名を記入の上、下記委任状へ申請者氏名を記入してください。						

振込先の口座名義を申請者本人以外の方にする場合は、下記委任状に記入が必要です。

委 任 状
私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。
年 月 日 申請者

(注) この申請書に次の書類を添付してください。

- 接種医療機関名・接種日・予防接種の種類が明記された領収書・母子(親子)健康手帳・振込先の通帳(名義、口座番号、支店名がわかるページ)の写し
- 助成金交付申請は、接種日から起算して1年以内です。

様式第2号（裏）

定期予防接種費用助成金の交付を申請する被接種者が受けた予防接種について、回数欄の該当する回数に○印と、接種年月日及び接種医療機関名を記載してください。

※太枠内のみ記入してください

予防接種の種類	回数		接種年月日	接種医療機関名	実際の支払額	助成金額
ロタウイルス (ロタリックス)	初回	(1)	<b>令和6年 6月 5日</b>	<b>〇〇クリニック</b>	<b>13,500</b>	
		(2)	<b>令和6年 7月 3日</b>	<b>〇〇クリニック</b>	<b>13,500</b>	
ロタウイルス (ロタテック)	初回	1	年 月 日			
		2	年 月 日			
		3	年 月 日			
ヒブ	初回	1	年 月 日			
		2	年 月 日			
		3	年 月 日			
		追加	年 月 日			
小児用肺炎球菌	初回	(1)	<b>令和6年 6月 5日</b>	<b>〇〇クリニック</b>	<b>12,000</b>	
		(2)	<b>令和6年 7月 3日</b>	<b>〇〇クリニック</b>	<b>12,000</b>	
		3	年 月 日			
		追加	年 月 日			
B型肝炎		(1回目)	<b>令和6年 6月 5日</b>	<b>〇〇クリニック</b>	<b>7,500</b>	
		(2回目)	<b>令和6年 7月 3日</b>	<b>〇〇クリニック</b>	<b>7,500</b>	
		3回目	年 月 日			
4種混合	初回	1	年 月 日			
		2	年 月 日			
		3	年 月 日			
		追加	年 月 日			
5種混合	初回	(1)	<b>令和6年 6月 5日</b>	<b>〇〇クリニック</b>	<b>20,000</b>	
		(2)	<b>令和6年 7月 3日</b>	<b>〇〇クリニック</b>	<b>20,000</b>	
		3	年 月 日			
		追加	年 月 日			
BCG			年 月 日			
不活化ポリオ	初回	1	年 月 日			
		2	年 月 日			
		3	年 月 日			
		追加	年 月 日			
麻しん風しん	第1期		年 月 日			
	第2期		年 月 日			
水痘	1回目		年 月 日			
	2回目		年 月 日			
日本脳炎	第1期	1	年 月 日			
		2	年 月 日			
		追加	年 月 日			
		第2期	年 月 日			
2種混合	第2期		年 月 日			
ヒトパピローマウイルス (HPV)	1回目		年 月 日			
	2回目		年 月 日			
	3回目		年 月 日			
合 計					<b>106,000</b>	

備考 請求金額は、支払額と市の契約単価とのうち、いずれか低い額になります。