

記入例

山形市予防接種 (A類疾病) の県外接種費用に係る
補助金交付申請書兼請求書

(宛先) 山形市長

(申請者)

〒990-0827
 住所 山形市城南町1丁目1番1号
 フリガナ ハナガタ ベニ
 氏名 花形 紅 (被接種者との続柄) 母
 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇

私は、山形市予防接種 (A類疾病) の県外接種費用に係る補助金交付要綱第6条の規定に基づき、山形市
 予防接種 (A類疾病) の県外接種費用に係る補助金交付について、関係書類を添えて下記のとおり申請しま
 す。
 なお、当該補助金交付の決定に当たり、本申請内容について滞在先の市区町村又は医療機関等に照会する
 ことに同意します。

※裏面の注意書をお読みの上、太枠の中を御記入ください。

被 接 種 者	フリガナ 氏名	<u>ハナガタ タロウ</u> <u>花形 太郎</u>	生年月日	<u>令和6年 2月 1日</u>
	住所	〒 -	※申請者(請求者)と同じ場合は記載不要です。	

※上限額は各年度において予防接種の種類ごとに山形市が定めた金額が上限となります。

予防接種の種類・回数	接種年月日	窓口負担額 (A)	上限額 (B)	申請(請求)額 (AとBのうち少ない額)
<u>ヒブ1回目</u>	<u>R6年4月1日</u>	<u>9,000円</u>	↑ 円	↑ 円
<u>小児肺炎球菌1回目</u>	<u>R6年4月1日</u>	<u>10,000円</u>	円	円
<u>B型肝炎1回目</u>	<u>R6年4月1日</u>	<u>8,000円</u>	円	円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
申請(請求)合計額				円
振込先				
金融機関名		預金種目	口座名義	口座番号 (左詰めで記入)
〇〇銀行 金庫 組合	〇〇店 支店 出張所	①普通 ②.当座 ③.その他	フリガナ <u>ハナガタ ベニ</u> <u>花形 紅</u>	1 2 3 4 5 6 7

医療機関に支払った金額
消費税も支払った場合は、消費税も含まれます。
不安な時は未記入でも結構です。

上限額と申請額、申請合計額の
記入は不要。
市で記入します。

申請者名義の
銀行口座

※口座名義が申請者以外の場合は委任状の添付が必要です。
 ※支給額は各年度において予防接種の種類ごとに山形市が定めた金額が上限となります。
 市記載欄

起案年月日		收受印
決定年月日		
通知年月日		
決定金額		
受給者番号		

- 注) 1 里帰り等により県外の市区町村や医療機関で、自己負担により定期予防接種を定められた期間に接種された場合に、予防接種費用に係る補助金交付申請及び請求ができます。
- 2 補助金の振込先の金融機関は、申請者又は受任者名義の銀行口座を御記入ください。
- 3 補助金の申請期限は、接種日の翌日から6月を経過した日が属する月の末日までとなります。
 ※複数の予防接種をされた場合は、それぞれの接種日の翌日から起算し、6月を経過した日が属する月の末日までとなります。長期間県外に滞在し、県外で定期予防接種を受ける場合は、申請期限までにその都度申請及び請求が必要となります。

(添付書類)

- 1 定期予防接種の記録が確認できる書類
 「母子健康手帳の予防接種記録欄の写し」又は「予防接種済証」の写し
 (注) 接種日、ワクチン名の記載があるもの
- 2 接種した医療機関等が発行した『領収書』原本又は支払証明書※レシートは不可
 (注) 保険適用外の定期予防接種の内訳と費用が分かるものであり、その領収印があるもの
 接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されているもの
- 3 申請者又は受任者名義の預貯金通帳の写し(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できるもの)
- 4 接種済の予診票原本(又は写し)

領収書を紛失した場合は、支払証明が必要になります。

下記の各項目を医療機関から記入してもらうようお願いいたします。

医療機関の皆様へお願い

この申請書兼請求書は、山形市民が里帰り等により、県外で定期予防接種(A類疾病)を全額自己負担で接種した分の予防接種費用について、接種後に県外接種費用に係る補助金交付を山形市へ申請及び請求するものです。

申請者からの依頼がありました際には、下記の項目について御記入くださいますよう、よろしくお願いたします。

	定期予防接種実施医療機関	予防接種種類・回数	接種年月日	領収金額 (保険適用外分)
医療機関記入欄	医療機関等の名称及び所在地		年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
	開設者又は病院長名		年 月 日	円
			年 月 日	円
		印	年 月 日	円
	電話番号		年 月 日	円
			年 月 日	円
		年 月 日	円	

※医療機関等の名称及び所在地につきましては、スタンプを御利用願います。