



- 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の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) 接種日及び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』の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、その領収印があるもの  
 接種日、ワクチン名、料金及び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、口座番号及び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にお願いします。

### 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の交付を山形市に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、よろしくお願ひします。

	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

※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ひします。