

年 月 日

板倉町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(被接種者との続柄 )  
電 話

板倉町任意予防接種費用助成金交付申請書

板倉町任意予防接種費用助成金を申請します。なお、この申請に基づく交付決定にあたり、世帯に係る住民基本台帳、生活保護世帯の有無等の確認のために必要な情報を閲覧、調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

|      |                                                                 |       |      |
|------|-----------------------------------------------------------------|-------|------|
| 被接種者 | 氏 名                                                             |       |      |
|      | 生年月日                                                            | 年 月 日 |      |
| 住 所  | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                 |       |      |
|      | <input type="checkbox"/> 申請者と異なる（住所記入）<br>板倉町                   |       |      |
| 接種状況 | 種別                                                              | 接種日   | 接種費用 |
|      | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 風しん単独  | 年 月 日 | 円    |
|      | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 |       |      |
|      | <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ                             |       |      |
|      | <input type="checkbox"/> 新型コロナ                                  |       |      |
| 申請額  | 金 円 ※助成金と接種費用を比べ低い方を記入する。                                       |       |      |

【添付書類】    ☐ 領収書（予防接種の種別が分かるもの。種別の記載がない場合は、母子健康手帳又は接種証明書を添付）

※板倉町処理欄（以下は、記入しないでください。）

|      |                                                                                                         |                                                                    |                                                                                                                                      |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象要件 | <input type="checkbox"/> 住民登録                                                                           |                                                                    |                                                                                                                                      |
|      | <input type="checkbox"/> 区分                                                                             | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ                                    | <input type="checkbox"/> 就学前                                                                                                         |
|      |                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 風しん<br><input type="checkbox"/> 麻しん風しん    | <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性または夫<br><input type="checkbox"/> 妊婦の夫<br><input type="checkbox"/> 満 2 歳から小学 6 年生までの者で定期接種の機会を逃したもの |
|      |                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌                                      | <input type="checkbox"/> 定期接種未接種かつ 65 歳以上                                                                                            |
|      |                                                                                                         | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナ | <input type="checkbox"/> 中学 3 年生 <input type="checkbox"/> 高校 3 年生 <input type="checkbox"/> 妊婦                                        |
| 世帯   | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の支援給付世帯 <input type="checkbox"/> 災害等の世帯 |                                                                    |                                                                                                                                      |