

令和 8 年度予防接種料金給付申請書

野辺地町長 野村 秀雄 殿

<申請者>

住 所 _____

氏 名 _____

(接種者との続柄 _____)

電話番号 _____

1 接種者

氏 名 _____ 性 別 男 ・ 女

住 所 野辺地町字 _____

生年月日 大正 昭和 _____ 年 月 日 (満 歳)

2 予防接種 (申請金額内訳)

予防接種の種類	接種日	申請者支払額①	助成上限額②	助成額 (①と②の金額を比較し ていずれか低い額)
高齢者インフルエンザ	令和 年 月 日	円	2,000 円	円
高齢者肺炎球菌	令和 年 月 日	円	6,000 円	円
带状疱疹 (生ワクチン)	令和 年 月 日	円	4,000 円	円
带状疱疹 (組換) 1 回目	令和 年 月 日	円	11,000 円	円
带状疱疹 (組換) 2 回目	令和 年 月 日	円	11,000 円	円
新型コロナウイルス感染症	令和 年 月 日	円	8,000 円	円
合 計				円

※生活保護受給者については助成上限額②によらず、全額助成となります。

申請金額 _____ 円

上記予防接種料金の助成を受けたいので、下記金融機関の預金口座に振込みしてください。

3 振込先

金融機関	銀行・信用金庫・農協 店		
ふりがな 名 義 人			
口座種別	普通預金 当座預金	口座番号	ゆうちょ銀行は通帳記号も記入してください

4 関係書類

- (1) 接種した医療機関の領収書 (接種した予防接種の種類がわかるもの、コピー可)
- (2) 接種後の予診票か予防接種済証 (コピー可)
- (3) 振込口座預金通帳表紙と見開き 1 ページ目のコピー
- (4) その他町長が必要と認める書類