別記様式（第4条関係）

高山村任意予防接種費用補助金交付申請書

 　　 年　　　月　　　日

　　　高山村長　様

 　　　　（申請者）

 　　　　　　　　　　住　所　高山村大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

 　　　　　電　話

　下記のとおり、高山村任意予防接種費用補助金の交付を申請します。

　なお、この申請の審査のため、申請内容を住民基本台帳等の公簿により確認されることに同意します。

１．申請金額　　 金　　　　　　　　　　　円（①～⑤の合計）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ２．接種した者　　 | 氏名 |  | 生年月日 | 　　 年　 月　 日生（　　　歳） |

３．接種日、接種金額、補助金額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 | 接種日 | 接種金額 | 補助金額 |
| 季節性インフルエンザ | 年 月 日 |  円 | ※接種金額1回分(上限3,500円) 　 　　 　円（①） |
| おたふくかぜ | 年 月 日 | 円 | ※接種金額1回分の全額円（②） |
| 帯状疱疹※生ワクチン | 年 月 日 |  円 | ※接種金額1回分の半額(上限4,500円)円（③） |
| 帯状疱疹※不活化ワクチン　１回目 | 年 月 日 | 円 | ※接種金額の半額(上限11,100円)円（④） |
| 帯状疱疹※不活化ワクチン　２回目 | 年 月 日 | 円 | ※接種金額の半額(上限11,100円)円（⑤） |

　添付書類　(1)　領収書（原本）

　　　　　　(2)　接種記録が確認できる書類の写し

　　　　　　　　 （接種済証、母子健康手帳、予診票のいずれか）

４．振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな口座名義人 |  |  |
| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 |
|  |  |  普通・当座 |  |