別記様式第３号（第５条関係）

修正テープ等の消える筆記具の使用は不可。
ボールペン等の消えない筆記具をご使用ください。

令和６年　〇月　〇日

近江八幡市定期予防接種の県外接種費用助成金交付申請書

近江八幡市長　宛

接種者本人、または後見人

申請者　氏名　八幡　太郎

住所　〒５２３－０８９４

近江八幡市中村町２５

電話　０７４８（　〇〇　）　〇〇〇〇

近江八幡市定期予防接種の県外接種費用助成要綱第５条の規定により、助成金を交付されたく申請します。なお、この申請にかかる助成金の交付決定に当たり、近江八幡市が保有する申請者及び被接種者の住民票情報等について閲覧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	フリガナ	ハチマン　タロウ	生年月日（年齢）	〇〇年〇〇月〇〇日（　〇〇　歳）
	氏　名	八幡　太郎		
実施医療機関名	〇〇医院			

接種費用には、支払った金額を記入してください。

接種日	予防接種の種類	接種費用	助成額
〇 年 〇 月 〇 日	高齢者インフルエンザ	５，０００円	３，４６０円
年　月　日			円
			円
			円
			円
助成申請額			３，４６０円

接種費用から、自己負担額（高齢者インフルエンザ 1,540 円、高齢者肺炎球菌 4,120 円）を引いた金額か、上限額のいずれか低い金額を記入

私が受領する近江八幡市定期予防接種の県外接種費用助成については、下記の口座へ振込ください。

振込先	金融機関名	ハチマン	銀行 信用金庫 農協	ハチマン	本店 出張所	支店 代理店	1 普通 2 当座			
	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	口座番号は右詰め記入	
	フリガナ	ハチマン　タロウ								
	口座名義人	八幡　太郎	申請者本人名義のもの							

備考　４月から２月までに予防接種を受けた場合は接種日の属する年度の３月３１日までに、３月に予防接種を受けた場合は翌月末日までに提出すること。

添付書類
- □ 接種した医療機関等の領収書（予防接種と分かるもの）
- □ 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
- □ 予防接種を受けた者が被保護世帯に属する場合は、インフルエンザ・肺炎球菌感染症予防接種無料券
- □ 振込先の通帳のわかるもの（通帳、キャッシュカードなど）