

# 記載例

## 予防接種助成金交付申請書

1人1枚必要です。

年 月 日

久喜市長 あて

住所 久喜市本町〇丁目〇番〇号

申請者 フリガナ くき はなこ  
氏名 久喜 花子

電話 0480-00-0000

久喜市予防接種助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金交付決定に当たり、確認が必要な場合には、接種した医療機関に市が問い合わせすることに同意します。

被接種者氏名 生年月日	続柄	接種日	予防接種名 (回数)	予防接種料金	助成申請額
久喜 花子 50年0月0日	本人	R7年0月0日	帯状疱疹ワクチン (不活化) ( 1 回目)	0,000 円	円
久喜 花子 50年0月0日	本人	R7年0月0日	帯状疱疹ワクチン (不活化) ( 2 回目)	0,000 円	円
年 月 日		年 月 日	(	※申請額は、接種費用から自己負担額を差し引いた額になります。 ただし、予防接種料金のうち久喜市の上限金額までとなります。 上限金額については、ワクチンの種類によって異なりますので、地域保健課予防接種室までお問合せください。	
年 月 日		年 月 日	(		
年 月 日		年 月 日	(		
助成金額合計					円

注) 申請書には次の書類を添付してください。

- 久喜市の指定した予防接種予診票(市提出用)の写し又は接種を受けたことを証する書類
- 接種した医療機関が発行した予防接種の費用を支払ったことを証する書類
- 母子健康手帳又は予防接種の記録
- インフルエンザ、肺炎球菌感染症(高齢者がかかるものに限る。)、新型コロナウイルス感染症及び帯状疱疹の予防接種をした者のうち、生活保護法に規定する生活保護受給者にあつては、受給証の写し、中国残留邦人等の円滑な帰国の推進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律に規定する支援給付資格者にあつては、本人確認証の写し

# 記載例

様式第4号(第8条関係)

1人1枚必要です。  
同一人物の名前でお願いいたします。

予防接種助成金交付請求書

年 月 日

久喜市長 あて

住所 久喜市本町〇丁目〇番〇号

請求者 ふりがな くき はなこ  
氏名 久喜 花子

電話 0480-00-0000

年 月 日付け久 第 号で交付決定を受けた予防接種助成金について、久喜市予防接種助成金交付要綱第8条の規定により下記のとおり請求します。

記

被接種者氏名	接種日	予防接種名(回数)	請求金額
久喜 花子	R7年 0月 0日	带状疱疹ワクチン(不活化) (1回目)	円
久喜 花子	R7年 0月 0日	带状疱疹ワクチン(不活化) (2回目)	円
	年 月 日	※請求金額は、接種費用から自己負担額を差し引いた額になります。 ただし、予防接種料金のうち久喜市の上限金額までとなります。 上限金額については、ワクチンの種類によって異なりますので、地域保健課予防接種室までお問合せください。	円
	年 月 日		円
	年 月 日		円
請求金額合計			円

上記の助成金は、下記の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関名	本(支)店名	口座種別	口座番号
〇〇銀行	〇〇支店	普通口座	0000000
フリガナ	クキ ハナコ		
口座名義人	久喜 花子		