

瀬戸市インフルエンザワクチン任意接種費用助成事業申請書

宛先 瀬戸市長

下記のとおり、インフルエンザ任意接種事業にかかる費用の助成を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する住民記録情報を閲覧すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

申請日 (接種日)	令和 年 月 日	※本日付で市外に転出される場合は、対象外となり、 全額実費徴収となります。	
住民票のある 住所	瀬戸市		
申請者氏名 (保護者氏名)		電話番号	

- 1 下枠内も含め、記入漏れがないかを確認し、提出してください。助成額は、医療機関窓口で接種費用から差し引かれます。
- 2 本申請書は、1回の接種につき1枚必要です。
- 3 対象区分①・②に該当する場合は、母子健康手帳を提示してください。
- 4 対象区分③に該当する場合は、身体障害者手帳又は診断書を提示してください。

(★) 対象区分	① 生後6か月以降中学3年生までの子 ② 妊婦 ③ 高校1年生相当の年齢から満60歳未満の方で心臓・腎臓・呼吸器の機能 又はヒト免疫不全ウイルスによる機能障害がある（身体障害者手帳1級程度）
-----------------	--

〔申請者記入欄〕

〔医療機関記入欄〕

被接種者 氏名	生年月日 (接種日の年齢)	対象区分 <small>上記(★)の区分から 該当番号を選び、 ○をつけてください</small>	ワクチン接種回数等 <small>該当する項目に○をつけてください</small>
	S H R 年 月 日生 (歳 か月)	① ② ③	1回目・2回目(※) <small>※接種日に13歳未満のみ</small> 接種見合わせ
	S H R 年 月 日生 (歳 か月)	① ② ③	1回目・2回目(※) <small>※接種日に13歳未満のみ</small> 接種見合わせ
	S H R 年 月 日生 (歳 か月)	① ② ③	1回目・2回目(※) <small>※接種日に13歳未満のみ</small> 接種見合わせ
	S H R 年 月 日生 (歳 か月)	① ② ③	1回目・2回目(※) <small>※接種日に13歳未満のみ</small> 接種見合わせ
	S H R 年 月 日生 (歳 か月)	① ② ③	1回目・2回目(※) <small>※接種日に13歳未満のみ</small> 接種見合わせ

〔医療機関記入欄〕

(*) 接種見合わせは、助成対象外となります。

接種実施 医療機関名		助成金の額	一人1回当たり 2,000円(*)	
		助成件数	区分①	件 (計)
			区分②	件
区分③	件 件			
接種年月日	令和 年 月 日	助成総額	円	

《医療機関の方へ》

- ・本書を請求書に添付し、市へ請求してください。予診票の添付は不要です。必要時、照会させていただく場合があります。
- ・対象区分③に該当する方に接種された場合は、身体障害者手帳又は診断書の写しを添付してください。