

由利本荘市 予防接種(高齢者)助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先)由利本荘市長
関係書類を添えて、予防接種(高齢者)費用の助成を申請・請求します。

助成金申請・請求額

円

予防接種名	種類	1回上限金額	助成額	接種年月日
インフルエンザ HAワクチン		1,000 円	円	・ ・
高齢者用肺炎球菌		3,000 円	円	・ ・
新型コロナウイルス スワクチン		4,600 円	円	・ ・
带状疱疹ワクチン	生	3,000 円	円	・ ・
	不活化①	7,000 円	円	・ ・
	不活化②	7,000 円	円	・ ・
インフルエンザ HAワクチン		全 額 ※生活保護世帯	円	・ ・
高齢者用肺炎球菌			円	・ ・
新型コロナウイルス スワクチン			円	・ ・
带状疱疹ワクチン	生		円	・ ・
	不活化①		円	・ ・
	不活化②		円	・ ・
			円	・ ・

※太枠内は申請時に関係書類を確認の上記載していただきますので、空欄のままご持参ください。

申請者住所

〒 ー
由利本荘市

申請者氏名

申請者の続柄
(接種者からみて)

申請者電話番号

接種者氏名

接種者生年月日

大正・昭和 年 月 日

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金 種別	普通 ・ 当座
口座番号	(ふりがな) 口座名義人			

※申請者氏名と口座名義人は同一の方をご記入ください。

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

本申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、由利本荘市が必要と認める場合は調査を行うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ

予防接種(高齢者)助成金交付の申請について

由利本荘市に住民票がある方で、下記の定められている年齢内に秋田県広域予防接種協力医療機関外で予防接種を受けられた方は、接種した日の属する年度内に、必要書類を持参のうえ申請してください。
(年度とは:4月1日～翌年3月31日)

(1) 対象者と助成額

ワクチンの種類	接種対象者	接種回数	助成額
高齢者用肺炎球菌 (23価肺炎球菌莢膜 ポリサッカライドワクチ ン)	接種日年齢が65歳の方(注1)	1 回	3,000円/回
	接種日年齢60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能に自己の身の周りの日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方(いずれも身体障害者手帳1級程度)(注1)		
	上記対象者のうち生活保護世帯		全 額 / 回
インフルエンザ HAワクチン	接種日当日に65歳以上の方	1 回	1,000円/回
	接種日年齢60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能に自己の身の周りの日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方(いずれも身体障害者手帳1級程度)		
	上記対象者のうち生活保護世帯		全 額 / 回
新型コロナウイルス ワクチン	接種日当日に65歳以上の方	1 回	4,600円/回
	接種日年齢60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能に自己の身の周りの日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方(いずれも身体障害者手帳1級程度)(注1)		
	上記対象者のうち生活保護世帯		全 額 / 回
带状疱疹ワクチン	年度末年齢65・70・75・80・85・90・95歳及び100歳以上(注1)	生:1回 不活化:2回	生:3,000円/回 不活化:7,000円/回
	接種日年齢60歳以上65歳未満で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方(身体障害者手帳1級程度)(注1)		
	上記対象者のうち生活保護世帯		全 額 / 回

(注1)過去に当該予防接種を受けたことのある方は除く

(2) 提出書類

・ 予防接種(高齢者)助成金交付申請書

※申請書は健康づくり課または各総合支所市民サービス課(岩城地域は保健センター)にあります。

※申請書は市ホームページからもダウンロード可能です。

・ 予防接種受診料領収書(原本) ～診療明細書が発行された場合、一緒にご提出ください～

※予防接種名が明記されているものがが必要です。

・ 予防接種予診票(結果)の写し

※接種年月日、ロット番号、医療機関等が記載されている「予防接種の記録」欄の写しが必要です。

・【ゆうちょ銀行に振り込み希望の場合のみ】通帳の写し

※振り込み専用口座の店名・口座番号等が印字されている面の写しが必要です。

(3) 申請書を記載する際の注意点

※件数及び金額、助成金請求額の欄については、提出書類を確認した上での記載となりますので記載しないまま窓口へお持ちください。

※申請者氏名と口座名義人は同一となります。

(4) その他

※助成金は、申請者の口座に申請後1か月位で振り込まれますが、振り込まれない場合はご連絡ください。

※ご不明な点については、下記にお問い合わせください。

《お問い合わせ先》 健康づくり課 ☎ 0184-22-1834