

## くずまキッズ予防接種助成事業申請書

葛巻町長 鈴木 重男 様

くずまキッズ予防接種助成事業実施要綱第5条により助成金を申請します。

対象ワクチン	被接種者氏名等 ( 年 月 日生)	( 年 月 日生)	( 年 月 日生)
<b>みずぼうそう</b>	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
①上限額【6,000円】	円	円	円
<b>おたふく風邪</b>	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
②上限額【4,000円】	円	円	円
<b>麻しん風しん</b>	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
③上限額【7,000円】	円	円	円
<b>B型肝炎</b> 3回目：6,000円	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日 ③令和 年 月 日	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日 ③令和 年 月 日	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日 ③令和 年 月 日
④上限額【18,000円】	円	円	円
<b>インフルエンザ</b>	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日	①令和 年 月 日 ②令和 年 月 日
⑤上限額【1回目3,000円】 【2回目2,500円】	円	円	円
計 (①+②+③+④+⑤)	(1) 円	(2) 円	(3) 円
<b>助成申請額合計</b> 【(1)+(2)+(3)】	<b>金 円</b>		
※生活保護世帯の者	ワクチンごとに定めている上限額を問わず、接種費用額を超えない範囲で500円単位で助成する。		
<p>上記のとおり、くずまキッズ予防接種助成事業に係る助成を申請します。                  なお、助成要件を確認するため、取扱者が住民基本台帳を閲覧すること並びに接種医療機関から助成要件に係る情報を得ることについて同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>申請者 _____ 申請者 _____                  住 所 葛巻町 _____ 氏 名 _____ 印 _____</p>			

	くずまキッズ予防接種助成事業に係る助成額を、以下のとおり受領しました。			
受 領 欄	くずまき商品券受領額	受 領 年 月 日	受領者氏名	受領印
	円	令和 年 月 日		

処 理 欄	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳登録（要件：接種時点における住民基本台帳への登録） <input type="checkbox"/> 助成対象者（要件：各ワクチン助成対象年齢であること） <input type="checkbox"/> 接種費用の支払いの有無（要件：添付書類「領収書(写)」） <input type="checkbox"/> 助成申請額（要件：助成上限額と接種費用を比較してどちらか低い金額） 上記のとおり、助成要件に該当するため認定する。
	取扱者 葛巻町健康福祉課健康係 _____ 印 検収者 葛巻町健康福祉課長 _____ 印

### ※助成の対象となる者

- (1) みずぼうそう：高校3年生相当の者
- (2) おたふく風邪：1歳から就学前、高校3年生相当の者
- (3) 麻疹風疹：高校3年生相当の者
- (4) B型肝炎：平成28年3月31日以前に生まれた者で、医師が必要と認める者
- (5) インフルエンザ
  - ① 0歳から高校3年生相当の者
  - ② 10月1日現在、又は接種時点において、1歳未満の子どもをもつ父母

### ※助成上限額

- (1) みずぼうそう： 6,000円
- (2) おたふく風邪： 4,000円
- (3) 麻疹風疹： 7,000円
- (4) B型肝炎： 接種1回につき6,000円×3回=18,000円
- (5) インフルエンザ：接種1回目：3,000円、2回目：2,500円

※ ただし、生活保護世帯の者：ワクチンごとに定めている上限額を問わず、接種費用額を超えない範囲で500円単位で助成する。