

別紙（第5条関係）

くずまキッズ予防接種助成事業申請書

葛巻町長

様

申請者 氏 名

住 所

電話番号

標記助成事業について、くずまキッズ予防接種助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、助成要件の確認のため、町職員が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

被接種者氏名等 対象ワクチン	①	②	③
	(年 月 日生)	(年 月 日生)	(年 月 日生)
・水痘（水ぼうそう） ・おたふくかぜ ・麻しん風しん ・B型肝炎（1回目、2回目、3回目） ・インフルエンザ（1回目、2回目） ・新型コロナ（1回目、2回目）			

※該当するワクチンに○を付してください。

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

担当課記入欄

ワクチン名	助成額①	助成額②	助成額③
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
被接種者計	円	円	円
助成額合計	円		

処 理 欄	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳登録 (接種時点における住民基本台帳への登録)	左記のとおり、助成要件に該当すると認める。 取 扱 者 担当課長
	<input type="checkbox"/> 助成対象者 (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 (領収書(写)の添付)	
	<input type="checkbox"/> 助成申請額 (助成上限額と接種費用を比較して低い金額)	

※助成の対象となる者

- (1) 水痘（水ぼうそう）：高校3年生相当の者
- (2) おたふくかぜ：1歳から就学前、高校3年生相当の者
- (3) 麻疹風しん：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保護者
- (6) 新型コロナ
 - 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保護者

※助成上限額

- (1) 水痘（水ぼうそう）： 6,000円
- (2) おたふくかぜ： 4,000円
- (3) 麻疹風しん： 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
- (6) 新型コロナ：接種1回目：13,500円、2回目：13,000円

※ 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