

記入例

長岡市県外予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和 □年 ○月 △日

長岡市長様

新潟県外で受けた定期予防接種の費用について、以下のとおり助成金の交付を申請します。

また、交付決定された助成金については下記の振込先に振り込んでください。

なお、審査にあたり世帯状況等について必要な調査をされることに同意します。

申請者氏名	長岡 太郎										
申請者住所	〒940-0062 新潟県長岡市大手通1丁目4番地10			電話番号 090-1234-5678							
生年月日	昭和 20年 1月 1日			生活保護受給の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無				
振込先	金融機関名	ながおか		銀行・信用金庫 農協・信用組合 労働金庫	市役所			本店 支店 支所			
	預金種別	(普通)	当座	口座番号(右詰め)	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人 (被接種者と同一)	(フリガナ) ナガオカ タロウ			氏名 長岡 太郎 下記金額を記入						

受けた予防接種	接種年月日	接種費用①	市が定める自己負担額②	①-③	②	助成上限額④	助成申請額③と④の低い方
インフルエンザ	7年 10月 10日	4,950 円	1,650 円	3,300 円		3,785 円	3,300 円
肺炎球菌	年 月 日	円	円	円	円	円	円
新型コロナ	7年 10月 10日	16,500 円	8,000 円	8,500 円		7,637 円	7,637 円
帯状疱疹	1回目 年 月 日	円	円	円	円	円	円
	2回目 年 月 日	円	円	円	円	円	円

- 接種費用①：医療機関等に支払った接種費用

- 市が定める自己負担額②：接種日が属する年度における市が定める定期接種の自己負担額

インフルエンザ：1,650 円／肺炎球菌：4,720 円／新型コロナ：8,000 円／帯状疱疹：(生) 4,950 円

助成申請額合計

10,937 円

- 助成上限額④：接種日が属する当該年度における市と県内医療機関との予防接種業務委託契約の委託料

(ミナイグ けい、ヌキヒヅツ) 7,637 円

インフルエンザ：3,785 円／肺炎球菌：3,546 円／新型コロナ：(ミナイグ) 6,537 円／帯状疱疹：(生) 3,537 円
(ヌキヒヅツ) 5,327 円

長岡市県外予防接種費用助成についての注意事項

- 申請書類の不備や、添付書類に不足がある場合は、交付決定まで日を要する場合があります。
- 交付決定後は、本申請書を請求書とし、交付決定日を請求書受理日として取り扱います。
- 助成金は、交付決定後 30 日以内に指定の口座に振り込みます。
- 虚偽の申請やその他不正な行為により助成金の交付を受けた場合は、当該交付決定の全部又は一部を取り消し、交付額の全部又は一部の返還していただきます。

(添付書類チェックリスト ※すべて写し可)

- 本人確認書類 予診票 予防接種の金額がわかる領収書
振込口座通帳 生活保護受給者証 (生活保護を受給している場合)

市処理欄 (以下は記入しないでください。)

上記の申請について、次のとおり決定してよろしいでしょうか。				起案	・	・		
				決裁	・	・		
添付書類	<input type="checkbox"/> 本人確認書類	<input type="checkbox"/> 予診票	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 振込先通帳	<input type="checkbox"/> 受給者証 (該当する場合)			
助成決定	<input type="checkbox"/> 助成する	<input type="checkbox"/> 助成しない	(助成額 円)					
決裁	課長	室長	係長	受付者	課内合議			
	長	長	長	者	課内合議			
請求書受理年月	・	・	支出命令番号	・	・	・	・	

収受印