

予防接種費用助成申請書

下記のとおり、予防接種費用の助成を申請します。

被接種者 (予防接種を受けた人)	フリガナ		生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 平成		
	住民登録 住所	〒 -				
	転出前 の住所	(該当者のみ) 名古屋市から転出した場合、転出する前の最後の名古屋市の住所を記載 〒 -				
申請者 ※18歳以上は 本人が申請 ※18歳未満は 保護者が申請	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 保護者 (母・父)		
	氏名	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ		<input type="checkbox"/> 本人 (本人申請は18歳以上)		
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ 〒 -				
電話番号	- -		助成額について 予防接種ごと 接種日ごとに 上限額があり ます。詳細は→		※名古屋市記入欄 助成額 円	
申請額	円		※様式1-2接種費用の合計を記入			
決定通知書 送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> その他 (〒 -) <div style="text-align: right;">様方)</div>					
振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
		金融機関 コード			支店 番号	
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				
	口座番号					
	(フリガナ)					
口座名義人	※旧姓名義は不可 ※申請者以外の口座へ振込を希望する場合は、下記の委任状にご記入ください。					
添付書類 <input checked="" type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> 接種記録の写し 子ども：母子健康手帳の写し①1ページ目(出生届出済証明) ②申請する予防接種の記録全ページ 妊婦：予診票の写し(複写1枚目名古屋市提出用) <input type="checkbox"/> 領収書の写し(以下の全ての事項が確認できる場合は、領収書+明細書でも可) ※被接種者名、接種日、ワクチン名、ワクチンごとの料金、医療機関名の記載があるもの <input type="checkbox"/> 通帳等の写し(金融機関名、口座番号、口座名義人の分かるもの)					
確認・ 同意事項 <input checked="" type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> 次の事項について内容を確認し、全て同意します。 ・名古屋市の発行する <u>予防接種実施依頼書</u> の交付を受け、接種を受けたこと。 ・接種日時点で名古屋市に住民登録がない場合、 <u>費用助成の対象外</u> となること。 ・接種時の予診票は <u>後日ご提出</u> いただきます。提出までの間、 <u>予診票を自ら保管</u> すること。					
委任状 (該当者のみ)	私は、次の者を代理人と定め、予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 委任者 住所 受任者 住所 (申請者) (口座名義人) 氏名 氏名					

※審査決定額は接種費用と上限額のうち低い額

種 別	回数	接種年月日 (接種費用※税込) 円	上限額	審査決定額	予診票提出
ロタウイルス (ロタックス)	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
ロタウイルス (ロタテック)	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	3回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
ヒブ	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	3回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	4回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
小児肺炎球菌	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	3回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	4回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
BCG	—	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
B型肝炎	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	3回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
四種混合	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	3回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	4回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
不活化ポリオ	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	3回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	4回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
二種混合	—	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
MR 1期	—	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
MR 2期	—	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
水痘	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
日本脳炎 1期	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	3回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
日本脳炎 2期	—	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
子宮頸がん ()	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	3回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
五種混合	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	3回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	4回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
RS ウイルス	—	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
三種混合	1回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	2回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	3回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	4回目	年 月 日 () 円	円	円	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
合 計		申請額 () 円	円	円	