

記入例

令和 ○年10月 1 日

特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

魚沼市長 様

申請者 住 所 魚沼市 小出島910番地
ハイツ魚沼 102
氏 名 魚沼 翔
(接種対象者との続柄: 父)
連絡先 025-792-9763 (携帯可)

魚沼市特別の理由による任意予防接種費用助成交付要綱第6条の規定に基づき、助成金の助成対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、予防接種について必要な情報(疾病の状況等)があるときは、魚沼市長がその情報を関係医療機関に問合せること及び接種医療機関に提供することに同意します。

接種対象者	住 所	魚沼市 小出島910番地 ハイツ魚沼 102
	氏 名	フリガナ ウオヌマ アユ 魚沼 鮎
	生 年 月 日	平成・令和 2年 9月 1日
予防接種	種 類	5種混合(第1期初回 1～3 回、第1期追加)、小児肺炎球菌(追加) ※複数回接種が必要なものは、接種回数も記入してください。
	接種予定日	未定 または 令和○年11月頃等 (決まっている場合に記入)
接種医療機関	所 在 地	魚沼市○○町 123 (市外の医療機関でも可)
	名 称	□□総合病院
	電 話 番 号	025-123-4567
通知書類送付先		1 現住所
		2 滞在先住所 新潟市□□区○○町 789 新潟 智 様方

添付書類

- 特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書(様式第2号)
- 母子健康手帳(骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の予防接種の履歴を確認できるもの)又は当該履歴が確認できるものの写し

記入例

様式第2号(第6条関係)

令和 ○年 10 月 15 日

魚沼市長

特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書

骨髄移植手術等により、接種済み定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、再度の予防接種を行うことが可能な状態と認められるため、次のとおり理由書を提出します。
なお、再度の接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

記

接種対象者	住 所	魚沼市小出島 910 ハイツ魚沼 102
	氏 名	フリガナ ウオヌマ アユ 魚沼 鮎
	生年月日	令和 2 年 9 月 1 日 (満 4 歳 1 か月)
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由		(例)造血細胞移植、臓器移植手術、抗がん剤治療により、接種済みの予防接種効果が期待できないため 等 ※疾病の名称、治療内容も差支えない範囲で記載をお願いします。
再度接種する予防接種の種類		5種混合(第1期初回 1～3 回、第1期追加)、小児肺炎球菌(追加)
医療機関	所 在 地	魚沼市〇〇町 123 (市外の医療機関でも可)
	名 称	〇〇総合病院
	医 師 名 (署名又は記名押印)	大紋 道子 (直筆署名の場合は押印不要)

記入例

様式第5号(第9条関係)

令和 〇年 2月 1日

特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

魚沼市長 様

申請者

住 所 魚沼市 小出島910番地ハイツ魚沼102

氏 名 魚沼 翔

(被接種者との続柄 父)

連絡先 025-792-9763 (携帯可)

私は、魚沼市特別の理由による任意予防接種費用助成交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときは、魚沼市が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

※太枠内を記入してください。

接種対象者	住 所	魚沼市 小出島910番地 ハイツ魚沼102		
	フリガナ	ウオヌマ アユ		
	氏 名	魚沼 鮎		
	生年月日	平成・令和 2年 9月 1日		
申請内容		※ 裏面のとおり		
振込先	金融機関名	魚 沼 銀行・組合 小 出 本店 農協・金庫 支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	12345678
	フリガナ	ウオヌマ ショウ		
	口座名義人 (申請者)	魚沼 翔		

※申請者と口座名義人は必ず同一にしてください。

次のとおり決定します。		課長	係長	担当	伺 . .
助成決定額	円				
					決裁 . .

申請内容

※太枠内を記入してください。

予防接種名	接種年月日	接種費用 (支払った額) ①	助成上限額 ② (魚沼市が記入)	助成額 (①か②の少ない額) (魚沼市が記入)
5種混合(初回1回目)	RO年 11月 1日	23,000 円	円	円
5種混合(初回2回目)	RO年 12月 1日	23,000 円	円	円
5種混合(初回3回目)	R●年 1月 1日	23,000 円	円	円
小児肺炎球菌(追加)	RO年 11月 1日	12,000 円	円	円
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合計		81,000 円	助成額合計 (魚沼市が記入)	円

※予防接種2～3回分をまとめて申請することも可能ですが、申請書の提出期限は各予防接種の接種日から6か月以内となっておりますので、余裕をもって提出してください。

添付書類

- (1) 助成対象予防接種の接種医療機関名、種類及び接種日が記載された領収書
- (2) 予防接種予診票(接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているもの)又は当該履歴が確認できるものの写し