

別記様式（第5条関係）

始良市定期予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

始良市長 湯元 敏浩 殿

申請者 住 所

氏 名

（被接種者との続柄）

私は、始良市定期予防接種費用助成金の支給を受けたいので、始良市定期予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

支給申請額	円
-------	---

被接種者	住 所	電話番号（ ）	
	（ふりがな） 氏 名		男 女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	生

下記口座への振込みを依頼します。

振 込 依頼先	金融機関名		支店名	種別
				普通 当座
	口座番号			
	（ふりがな） 口座名義人	（ ）		

◎申請上の注意

- この申請書は、始良市に住所を有する方が、委託外予防接種実施機関において定期予防接種を接種し、その際に支払った接種費用の払戻しを受けるための書類です。
- 申請者は、予診票・身分証明書・予防接種実施機関発行の領収書・通帳の写しを添付してください。
- 接種費に係る助成金については、接種した日の翌日から請求することができます。また、申請期限は、接種日から起算して1年以内とします。

【※市処理欄】

決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
-------	-------	--------	---

（裏面）

予防接種の種類	接種年月日	接種費用（Ａ）	支給上限額（Ｂ）	支給申請額（Ｃ） （ＡとＢ少ない方）
例　ＢＣＧ	令和５年５月１日	９,０００	１１,５２８	９,０００
例　成人用肺炎 球菌	令和５年１０月１日	８,０００	４,０８０	４,０８０
合　　計				

※ 支給申請額（Ｃ）には、接種費用と市の定める上限額のどちらか少ない方を記入してください。

※ 表面の支給申請額欄には、裏面の支給助成申請額（Ｃ）の合計金額を記入してください。

別記様式（第5条関係）

始良市定期予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

始良市長 湯元 敏浩 殿

申請者は、接種者本人
またはご家族

申請者 住 所 〒

氏 名

(被接種者と続柄

)

私は、始良市定期予防接種費用助成金の支給を受けたいので、始良市定期予防接種費用
裏面の（C）の金額を記入により、関係書類を添えて申請します。

裏面の（C）の金額を記入

支給申請額

円

被接種者	住 所	電話番号（ — — ）	
	(ふりがな)		男 女
	氏 名		
接種者本人またはご家族の口座		台・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生	

接種者本人またはご家族の口座

振 込 依頼先	金融機関名		支店名	種別
				普通 当座
	口座番号			
	(ふりがな) 口座名義人	()		

◎申請上の注意

- この申請書は、始良市に住所を有する方が、委託外予防接種実施機関において定期予防接種を接種し、その際に支払った接種費用の払戻しを受けるための書類です。
- 申請者は、予診票・身分証明書・予防接種実施機関発行の領収書・通帳の写しを添付してください。
- 接種費に係る助成金については、接種した日の翌日から請求することができます。また、申請期限は、接種日から起算して1年以内とします。

【※市処理欄】

決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
-------	-------	--------	---

(裏面)

予防接種の種類	接種年月日	接種費用 (A)	支給上限額 (B)	支給申請額 (C) (AとB少ない方)
例 BCG	令和5年5月1日	9,000	11,528	9,000
例 高齢者肺炎球菌	令和5年10月1日	8,000	4,080	4,080
※予防接種名 を記入	※予診票右下の接 種日を記入	※医療機関で支払 った金額を記入	別紙の上限額 (B) を記入	※左記のうち、少 ない金額を記入
合 計				※同額を記入

※ 支給申請額 (C) には、接種費用と市の定める上限額のどちらか少ない方を記入してください。

※ 表面の支給申請額欄には、裏面の支給助成申請額 (C) の合計金額を記入してください。