

（表）

年 月 日

調布市長 宛

申請者 住所
 氏名 ⑩
 電話番号 ()
 被接種者との続柄

調布市定期予防接種費助成金交付申請書
 （高齢者等に対する予防接種）

調布市定期予防接種費助成金交付要綱第7の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。
 また、この申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関へ確認することに同意します。

同意欄 氏名 _____ ⑩

被接種者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
	住所	〒		
実施医療機関名				
予防接種の種類		高齢者インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌		
接種日				
接種費用				
助成金申請額※				
備考				

※ 助成金申請額は、指定外医療機関での接種の際に実際に負担した接種費用の額から市が指定する自己負担額を差し引いた額とする。

(裏)

〈必要書類〉

- 1 高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼接種台帳または高齢者用肺炎球菌予防接種予診票兼接種台帳（市提出用）
- 2 医療機関が発行した領収書（コピー不可）
- 3 振込口座が確認できるもの

〈注意事項〉

- 1 市長が指定する医療機関で接種した場合の定期予防接種単価を上限とし、実際に負担した接種費用の額から市が指定する自己負担額を差し引いた額のみを助成します（医療費は対象となりません）。
- 2 申請期間は接種日から起算して1年間です。
- 3 調布市に住民登録がある間に指定外医療機関で定期予防接種を受けたものに限られます。
- 4 日本国内の医療機関で定期予防接種を受けたものに限りです。