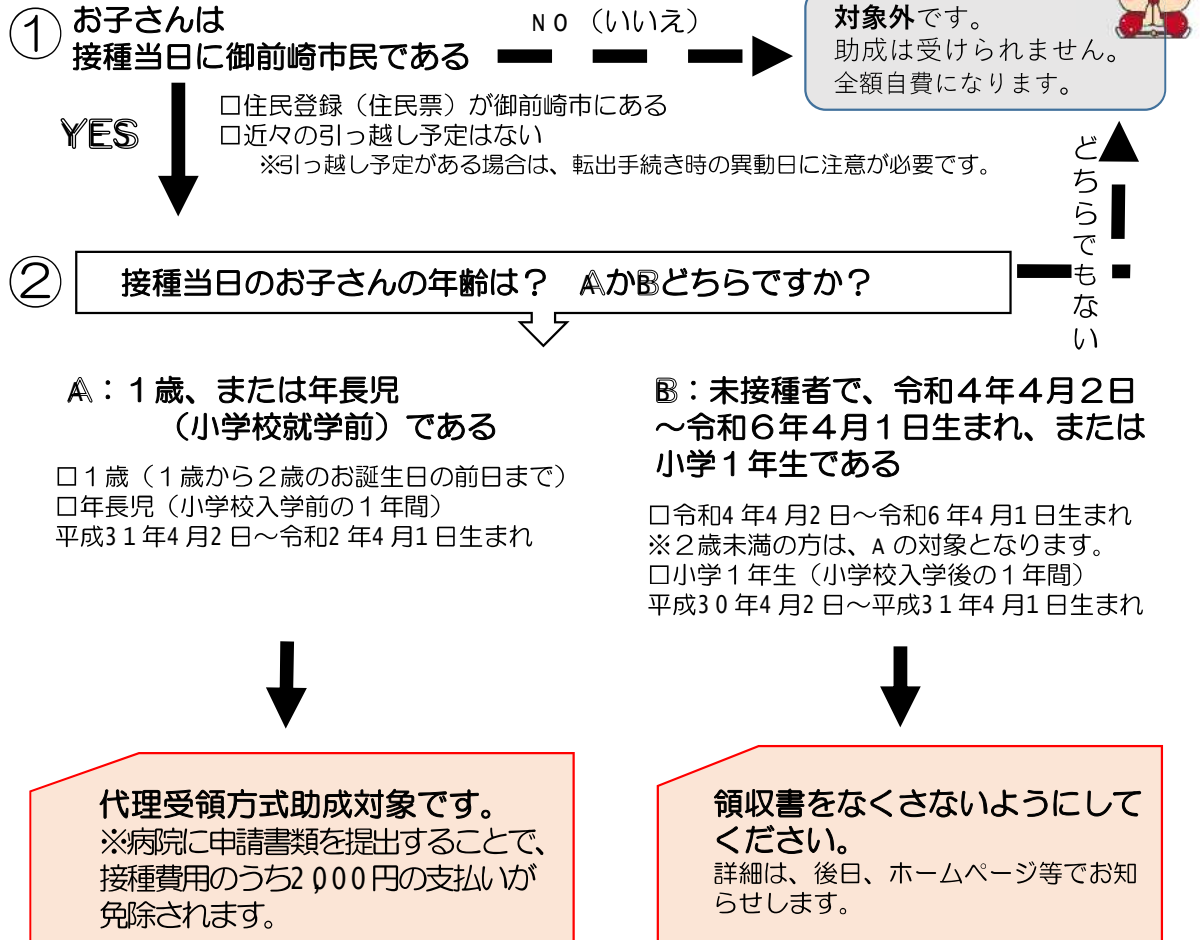


お子さんが対象になるか確認してから病院へ行きましょう。



①～②の☑をつけて確認しましょう。



指定医療機関以外にて接種された場合は、事後申請、償還払いになります。
指定医療機関一覧やその他詳細については、市のホームページをご覧ください。

※償還払いの場合は、接種後6か月以内に、市役所にて助成金の交付申請が必要です。
詳細は市ホームページをご確認ください。

医療機関への提出物を確認☑してから受診しましょう

- 申請書兼代理受領委任申出書
(市ホームページからダウンロード&印刷し、記入したうえで持参しましょう)
- 母子手帳 □ お子さんの住所が確認できるもの □ 対象確認チェックシート (この用紙)



【問い合わせ先】
市役所健康づくり課 地域医療係
電話 0537-85-1123

年 月 日

御前崎市おたふくかぜワクチン予防接種費助成金
交付申請書兼代理受領委任申出書

御前崎市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
(署名又は記名押印)
被接種者との続柄〔 〕

御前崎市おたふくかぜワクチン予防接種費助成金交付要綱第6条の規定により、助成金の交付申請、請求及び代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

被接種者	住 所	☐ 申請書（保護者）と同じ（記入省略可） ☐ その他 御前崎市	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 （ 歳）	
連絡先電話番号 (日中、連絡のつく 番号を記載)			
予防接種の種類 及び交付申請額 (該当するものの□ に印をつけてくださ い)	☐ おたふくかぜワクチン (生後12か月から生後24か月に至るまでの間にある者)	2,000円	
	☐ おたふくかぜワクチン (5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始 期に達する日の1年前の日から小学校就学の始期に達する日の前日までの間にあ るもの)	2,000円	

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払いください。

【誓約・同意事項】

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☐ はい
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☐ はい

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請、請求及び受領について受任します。

使用ワクチン名	接種量	医療機関名・代表者名・接種年月日
ワクチン名	ml	医療機関名
Lot No.		代表者名 (署名又は記名押印) 接種年月日 年 月 日