

## 綾瀬市予防接種助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づき、法第2条第2項及び第3項に規定される疾病に関する予防接種及び綾瀬市予防接種行政措置実施要領に基づく予防接種（以下「予防接種」という。）に関し、本市の予防接種業務に協力することを承諾した医療機関（以下「委託医療機関」という。）以外の医療機関（以下「委託外医療機関」という。）で予防接種を受ける者に対し、その料金の全部又は一部を助成することについて、必要な事項を定めるものとする。

(予防接種の対象者)

第2条 予防接種の対象となる者（以下「被接種者」という。）は、予防接種を受ける当日に、本市に住民登録を有している者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) かかりつけ医療機関が、委託外医療機関である者
- (2) 市外に滞在し、委託医療機関で接種することが困難な者
- (3) その他市長が特に必要と認めた者

(助成金交付対象者)

第3条 助成金の交付を受けることができる者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 前条に規定する被接種者の保護者（親権を行う者、後見人又はその他の者で現に被接種者を養育している者をいう。）又は被接種者（以下「被接種者等」という。）
- (2) 被接種者等の委任による代理人（以下「代理人」という。）

(助成金額)

第4条 助成金の交付額は、予防接種に要した費用とし、別表1に定める助成金限度額を限度とする。ただし、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第3条第2項の者は、別表2に定める助成金限度額を限度とする。

2 法第2条第3項に規定される疾病に関する予防接種を受けようとする被接種者（綾瀬市季節性インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症ワクチン接種費用に関す

る要綱（平成13年12月1日施行。以下「インフルエンザ等要綱」という。）第5条各号、綾瀬市高齢者肺炎球菌予防接種実施要綱（平成21年5月1日施行。以下「高齢者肺炎球菌要綱」という。）第9条各号及び綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種実施要綱（令和7年4月1日施行。以下「高齢者带状疱疹要綱」という。）第10条各号）のいずれかに該当する者（以下「負担金免除者」という。）を除く。）の助成金額は、次の各号の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

- (1) 季節性インフルエンザ 予防接種に要した費用からインフルエンザ等要綱第4条の負担金を差し引いた額
- (2) 新型コロナウイルス感染症 予防接種に要した費用からインフルエンザ等要綱第4条の負担金を差し引いた額
- (3) 高齢者肺炎球菌 予防接種に要した費用から高齢者肺炎球菌要綱第8条の個人負担金を差し引いた額
- (4) 高齢者带状疱疹 予防接種に要した費用から高齢者带状疱疹要綱第9条の負担金を差し引いた額

（予防接種の申請）

第5条 被接種者等又は代理人は、予防接種を受ける前に綾瀬市予防接種依頼申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）を市長に提出しなければならない。ただし、次の各号に該当する者は、それぞれ次の書類を添えなければならない。

- (1) 予防接種ガイドライン（財団法人予防接種リサーチセンター（昭和44年1月17日に財団法人予防接種リサーチセンターという名称で設立された法人をいう。）予防接種ガイドライン等検討委員会作成）に規定される予防接種要注意者 主治医の意見書又は連絡票
- (2) 負担金免除者 綾瀬市予防接種費用免除申請書（第2号様式）この場合において、情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報の提供を行うものは、別に定める「情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報の提供を行う場合の取り扱いについて」に基づき、必要書類を提出しなければならない。
- (3) 代理人による場合 被接種者等からの委任状  
（予防接種依頼書等の交付）

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めたときは、予防接種依頼書（第3号様式。以下「依頼書」という。）及び予防接種予診票（以下「予診票」という。）を交付するものとする。ただし、負担金免除者は、綾瀬市予防接種費用免除承認書（第4号様式。以下「費用免除承認書」という。）を添えなければならない。

（接種方法）

第7条 被接種者等又は代理人は、前条の規定により交付された依頼書及び予診票を、委託外医療機関に提出して接種し、当該予防接種に要する費用を支払わなければならない。

（助成金の交付申請）

第8条 第5条の規定による申請を行った被接種者等又は代理人は、接種後、速やかに綾瀬市予防接種助成金交付申請書（第5号様式。以下「交付申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 予防接種料金を支払ったことを証する書類
- (2) 予診票（市役所提出用）
- (3) 費用免除承認書の写し（負担金免除者に限る。）

（助成金の交付決定）

第9条 市長は、前条の規定による申請があったときは、速やかにその内容を審査し、助成金の交付又は不交付を決定し、綾瀬市予防接種助成金交付決定通知書（第6号様式。以下「交付決定通知書」という。）又は綾瀬市予防接種助成金不交付決定通知書（第7号様式。以下「不交付決定通知書」という。）により被接種者等又は代理人に通知するものとする。

（助成金の請求）

第10条 前条に規定する交付決定通知書の交付を受けた被接種者等又は代理人は、速やかに綾瀬市予防接種助成金交付請求書（第8号様式。以下「交付請求書」という。）を市長に提出しなければならない。

（助成金の交付）

第11条 市長は、前条に規定する交付請求書の提出があったときは、速やかに助成金を交付するものとする。

(助成金の交付決定の取消し等)

第12条 市長は、被接種者等又は代理人が、次の各号のいずれかに該当するときは、助成金の交付決定を取り消すことができる。この場合において、既に交付した助成金があるときは、その全部又は一部を返還させることができる。

(1) 偽りその他不正な手段により助成金の交付の決定を受け又は助成金の交付を受けたとき。

(2) この要綱の規定に違反したとき。

(委任)

第13条 この要綱に定めるもののほか、その他必要な事項については、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年1月5日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年6月2日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年9月10日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年2月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年7月9日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２４年９月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２４年１１月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２５年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２５年７月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２５年１１月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２６年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２６年１０月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２７年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２７年１０月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２８年１月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２８年４月１日から施行する。

附 則

(施行期日)

１ この要綱は、平成２８年６月１日から施行する。

(経過措置)

２ 改正前の様式は、当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

この要綱は、平成２８年１０月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年10月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

この要綱は、令和3年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年6月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、令和6年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の綾瀬市予防接種助成金交付要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に接

種する予防接種について適用する。

3 改正後の第5条の規定による申請及び第6条の規定による交付については、改正後の規定の例により、この要綱の施行の日前においても行うことができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

別表 1 (第 4 条関係)

## 予防接種助成金限度額

| 予防接種の種類        | 期別  | 対象年齢                                                           | 助成金限度額                                                       |            |
|----------------|-----|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|
|                |     |                                                                | 接種料<br>(ワクチン代込み)                                             | 予診料※       |
| 三種混合           | 1 期 | 生後 2 か月以上 3 歳未満                                                | 7, 7 2 2 円                                                   | 5, 4 5 6 円 |
|                |     | 3 歳以上 6 歳未満                                                    | 6, 2 9 2 円                                                   | 4, 0 2 6 円 |
|                |     | 6 歳以上 7 歳半未満                                                   | 5, 4 6 7 円                                                   | 3, 2 0 1 円 |
| 四種混合           | 1 期 | 生後 2 か月以上 3 歳未満                                                | 1 3, 8 8 2 円                                                 | 5, 4 5 6 円 |
|                |     | 3 歳以上 6 歳未満                                                    | 1 2, 4 5 2 円                                                 | 4, 0 2 6 円 |
|                |     | 6 歳以上 7 歳半未満                                                   | 1 1, 6 2 7 円                                                 | 3, 2 0 1 円 |
| 五種混合           | 1 期 | 生後 2 か月以上 3 歳未満                                                | 2 3, 6 3 9 円                                                 | 5, 4 5 6 円 |
|                |     | 3 歳以上 6 歳未満                                                    | 2 2, 2 0 9 円                                                 | 4, 0 2 6 円 |
|                |     | 6 歳以上 7 歳半未満                                                   | 2 1, 3 8 4 円                                                 | 3, 2 0 1 円 |
| 二種混合           | 2 期 | 1 1 歳以上 1 3 歳未満                                                | 5, 2 1 4 円                                                   | 3, 2 0 1 円 |
| 麻しん風しん混合       | 1 期 | 1 歳以上 2 歳未満                                                    | 1 3, 2 7 7 円                                                 | 5, 4 5 6 円 |
|                | 2 期 | 来年度小学校就学予定者で 5 歳以上 7 歳未満                                       | 1 1, 8 4 7 円                                                 | 4, 0 2 6 円 |
| 麻しん            | 1 期 | 1 歳以上 2 歳未満                                                    | 9, 3 1 7 円                                                   | 5, 4 5 6 円 |
|                | 2 期 | 来年度小学校就学予定者で 5 歳以上 7 歳未満                                       | 7, 8 8 7 円                                                   | 4, 0 2 6 円 |
| 風しん            | 1 期 | 1 歳以上 2 歳未満                                                    | 9, 3 1 7 円                                                   | 5, 4 5 6 円 |
|                | 2 期 | 来年度小学校就学予定者で 5 歳以上 7 歳未満                                       | 7, 8 8 7 円                                                   | 4, 0 2 6 円 |
| 日本脳炎           | 1 期 | 生後 6 か月以上 3 歳未満                                                | 9, 8 2 3 円                                                   | 5, 4 5 6 円 |
|                |     | 3 歳以上 6 歳未満                                                    | 8, 3 9 3 円                                                   | 4, 0 2 6 円 |
|                |     | 6 歳以上 9 歳未満                                                    | 7, 5 6 8 円                                                   | 3, 2 0 1 円 |
|                | 2 期 | 9 歳以上 1 3 歳未満                                                  | 7, 5 6 8 円                                                   | 3, 2 0 1 円 |
| 不活化ポリオ         |     | 生後 2 か月以上 3 歳未満                                                | 1 2, 4 8 5 円                                                 | 5, 4 5 6 円 |
|                |     | 3 歳以上 6 歳未満                                                    | 1 1, 0 5 5 円                                                 | 4, 0 2 6 円 |
|                |     | 6 歳以上 7 歳半未満                                                   | 1 0, 2 3 0 円                                                 | 3, 2 0 1 円 |
| BCG            |     | 1 歳未満                                                          | 1 3, 7 6 1 円                                                 | 5, 4 5 6 円 |
| ヒブ             |     | 生後 2 か月以上 3 歳未満                                                | 1 1, 8 6 9 円                                                 | 5, 4 5 6 円 |
|                |     | 3 歳以上 5 歳未満                                                    | 1 0, 4 3 9 円                                                 | 4, 0 2 6 円 |
| 小児肺炎球菌         |     | 生後 2 か月以上 3 歳未満                                                | 1 4, 6 0 8 円                                                 | 5, 4 5 6 円 |
|                |     | 3 歳以上 5 歳未満                                                    | 1 3, 1 7 8 円                                                 | 4, 0 2 6 円 |
| 子宮頸がん          |     | 1 2 歳となる日の属する年度の初日から 1 6 歳となる日の属する年度の末日までの間にある女性及びキャッチアップ接種対象者 | (サーバリックス・ガーダシル)<br>1 8, 1 6 1 円<br>(シルガード 9)<br>3 0, 0 1 9 円 | 3, 2 0 1 円 |
| 水痘             |     | 1 歳以上 3 歳未満                                                    | 1 1, 3 4 1 円                                                 | 5, 4 5 6 円 |
| B 型肝炎 0. 25m l |     | 1 歳未満                                                          | 8, 5 6 9 円                                                   | 5, 4 5 6 円 |
| ロタ (1 価)       |     | 1 歳未満                                                          | 1 7, 6 3 3 円                                                 | 5, 4 5 6 円 |
| ロタ (5 価)       |     | 1 歳未満                                                          | 1 2, 1 0 0 円                                                 | 5, 4 5 6 円 |

|                |                                                                                                                                           |                                                                     |               |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| 季節性インフルエンザ     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上の者</li> <li>・ 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能の障がい又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいを有する者</li> </ul> | 5,676円                                                              | 3,201円        |
| 新型コロナウイルス感染症   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上の者</li> <li>・ 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能の障がい又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいを有する者</li> </ul> | 16,951円                                                             | 3,201円        |
| 高齢者肺炎球菌        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上の者</li> <li>・ 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能の障がい又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいを有する者</li> </ul> | 9,328円<br>(バイアル)<br>9,361円<br>(シリンジ)                                | 3,201円        |
| <u>高齢者带状疱疹</u> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上の者</li> <li>・ 60歳以上65歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいを有する者</li> </ul>                       | <u>9,086円</u><br>(乾燥弱毒生水痘ワクチン)<br><u>23,606円</u><br>(乾燥組換え带状疱疹ワクチン) | <u>3,201円</u> |

※ 予診料とは、接種当日医師の診察の結果、予防接種を受けるのに適さない状態で接種を中止した場合とする。

別表 2 (第 4 条関係)

## 予防接種助成金限度額

| 予防接種の種類        | 対象年齢           | 助成金限度額           |            |
|----------------|----------------|------------------|------------|
|                |                | 接種料<br>(ワクチン代込み) | 予診料※       |
| 三種混合           | 7 歳半以上         | 5, 4 6 7 円       | 3, 2 0 1 円 |
| 四種混合           | 7 歳半以上 1 5 歳未満 | 1 1, 6 2 7 円     | 3, 2 0 1 円 |
| 五種混合           | 7 歳半以上 1 5 歳未満 | 2 1, 3 8 4 円     | 3, 2 0 1 円 |
| 二種混合           | 1 3 歳以上        | 5, 2 1 4 円       | 3, 2 0 1 円 |
| 麻しん風しん混合       | 2 歳以上 3 歳未満    | 1 3, 2 7 7 円     | 5, 4 5 6 円 |
|                | 3 歳以上 6 歳未満    | 1 1, 8 4 7 円     | 4, 0 2 6 円 |
|                | 6 歳以上          | 1 1, 0 2 2 円     | 3, 2 0 1 円 |
| 麻しん            | 2 歳以上 3 歳未満    | 9, 3 1 7 円       | 5, 4 5 6 円 |
|                | 3 歳以上 6 歳未満    | 7, 8 8 7 円       | 4, 0 2 6 円 |
|                | 6 歳以上          | 7, 0 6 2 円       | 3, 2 0 1 円 |
| 風しん            | 2 歳以上 3 歳未満    | 9, 3 1 7 円       | 5, 4 5 6 円 |
|                | 3 歳以上 6 歳未満    | 7, 8 8 7 円       | 4, 0 2 6 円 |
|                | 6 歳以上          | 7, 0 6 2 円       | 3, 2 0 1 円 |
| 日本脳炎           | 7 歳半以上         | 7, 5 6 8 円       | 3, 2 0 1 円 |
| 不活化ポリオ         | 7 歳半以上         | 1 0, 2 3 0 円     | 3, 2 0 1 円 |
| B C G          | 1 歳以上 3 歳未満    | 1 3, 7 6 1 円     | 5, 4 5 6 円 |
|                | 3 歳以上 4 歳未満    | 1 2, 3 3 1 円     | 4, 0 2 6 円 |
| ヒブ             | 5 歳以上 6 歳未満    | 1 0, 4 3 9 円     | 4, 0 2 6 円 |
|                | 6 歳以上 1 0 歳未満  | 9, 6 1 4 円       | 3, 2 0 1 円 |
| 小児肺炎球菌         | 5 歳以上 6 歳未満    | 1 3, 1 7 8 円     | 4, 0 2 6 円 |
| 水痘             | 3 歳以上 6 歳未満    | 9, 9 1 1 円       | 4, 0 2 6 円 |
|                | 6 歳以上          | 9, 0 8 6 円       | 3, 2 0 1 円 |
| B 型肝炎 0. 25m l | 1 歳以上 3 歳未満    | 8, 5 6 9 円       | 5, 4 5 6 円 |
|                | 3 歳以上 6 歳未満    | 7, 1 3 9 円       | 4, 0 2 6 円 |
|                | 6 歳以上 1 0 歳未満  | 6, 3 1 4 円       | 3, 2 0 1 円 |
| B 型肝炎 0. 5m l  | 1 0 歳以上        | 6, 6 1 1 円       | 3, 2 0 1 円 |

※ 予診料とは、接種当日医師の診察の結果、予防接種を受けるのに適さない状態で

接種を中止した場合とする。

第 1 号様式（第 5 条関係）

綾瀬市予防接種依頼申請書

年 月 日

(宛先)

綾 瀬 市 長

申 請 者 住 所

氏 名

被接種者との続柄

連絡先

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

|                     |                                                                                                                                                                                                                                          |                |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 被接種者<br>(予防接種を受ける人) | ふりがな<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                              |                |
|                     | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                     | 年 月 日 (満 歳 箇月) |
|                     | 住 所                                                                                                                                                                                                                                      |                |
| 申請理由                | 該当する番号に○をし、その理由等を詳しくご記入ください。<br><br>1 委託外医療機関に（通院中・入院中・かかりつけ）のため※<br>※（ ）内の該当するものに○印をつけてください。<br><br><input type="checkbox"/> 医療機関名<br><input type="checkbox"/> 所 在 地<br><br><input type="checkbox"/> 病 名<br><br>2 その他<br>理由<br><br>受診科名 |                |
| 連絡先<br>(滞在先)        | 住 所                                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                     | ふりがな<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                              |                |
|                     | 連 絡 先                                                                                                                                                                                                                                    |                |
|                     | 滞在期間                                                                                                                                                                                                                                     | 年 月 日 から 年 月 日 |
| 予防接種の種類             |                                                                                                                                                                                                                                          |                |

添付書類 ☐ 被接種者の保護者又は被接種者以外の申請の場合は、委任状

第 2 号様式（第 5 条関係）

綾瀬市予防接種費用免除申請書

年 月 日

(宛先)

綾 瀬 市 長

次のとおり、綾瀬市予防接種費用の免除を受けたいので申請します。

なお、費用免除事務にあたり、住民基本台帳、生活保護等受給状況並びに申請者、配偶者及び同居者の市県民税額を課税台帳により確認することについて同意します。

※ 太枠内を記入してください。

|         |                                                                                                                                                                      |                                |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| フリガナ    |                                                                                                                                                                      | 生年月日                           |
| 氏 名     |                                                                                                                                                                      | 年 月 日 (満 歳)                    |
| 個人番号    |                                                                                                                                                                      | 個人番号の記入は、予防接種法に規定する定期B類対象者に限る。 |
| 住 所     | 〒 2 5 2 -<br>綾瀬市<br>電話番号 ( )                                                                                                                                         |                                |
| 予防接種の種類 | <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ予防接種<br><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種<br><input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種<br><input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹予防接種 |                                |
| 理 由     | <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯<br><input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援法該当者<br><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯<br><input type="checkbox"/> その他                     |                                |

様

綾 瀬 市 長 印

予防接種依頼書

貴市町村の実施する予防接種について、本市民が接種を希望していますので、次のとおり実施していただきますようお願いいたします。

万一、依頼した予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法に基づき当市が責任を持って救済の措置を講じます。

|            |             |               |
|------------|-------------|---------------|
| 被接種者       | 住 所         |               |
|            | ふりがな<br>氏 名 |               |
|            | 生年月日        | 年 月 日（満 歳 箇月） |
|            | 連 絡 先       |               |
| 保護者又は代理人氏名 |             |               |
| 予防接種の種類    |             |               |
| 滞 在 先      | 住 所         |               |
|            | 連 絡 先       |               |
| 依頼理由       |             |               |
| 備 考        |             |               |
| 有効期限       | 年 月 日まで     |               |

☐ 被接種者に対する接種料金等がある場合は、自己負担として被接種者等又は代理人から徴収してください。予防接種予診票（市提出用）は、被接種者等又は代理人にお渡しください。（助成制度対象者）

☐ 集団接種等で無料で接種した場合は、接種終了後、予防接種予診票（市提出用）の写しを送付していただきますようお願いいたします。

第 4 号様式（第 6 条関係）

綾瀬市予防接種費用免除承認書

年 月 日

様

（生年月日 年 月 日）

年 月 日付けで申請のありました次の予防接種費用について、費用の  
免除を承認します。

予防接種名

綾 瀬 市 長 

第 5 号様式（第 8 条関係）

綾瀬市予防接種助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)  
綾 瀬 市 長

申 請 者 住 所  
氏 名  
被接種者との続柄  
連絡先

綾瀬市予防接種助成金の交付を受けたいので、綾瀬市予防接種助成金交付要綱第 8 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|            |                |       |      |      |
|------------|----------------|-------|------|------|
| 被接種者名      | 住 所            |       |      |      |
|            | ふりがな<br>氏 名    |       |      |      |
|            | 生年月日           |       |      |      |
|            | 連 絡 先          |       |      |      |
| 保護者又は代理人氏名 |                |       |      |      |
| 申 請 理 由    | 予防接種依頼申請書のとおり  |       |      |      |
| 受診年月日      | 別紙 予防接種予診票のとおり |       |      |      |
| 受診医療機関     | 別紙 予防接種予診票のとおり |       |      |      |
| 予防接種の種類    | 期別             | 接種年月日 | 接種料金 | 助成金額 |
|            |                | 年 月 日 | 円    | 円    |
|            |                | 年 月 日 | 円    | 円    |
|            |                | 年 月 日 | 円    | 円    |
|            |                | 年 月 日 | 円    | 円    |
|            |                | 年 月 日 | 円    | 円    |
|            |                | 年 月 日 | 円    | 円    |
|            |                | 年 月 日 | 円    | 円    |
| 合計金額       |                |       | 円    | 円    |
| 助成金申請額     |                |       | 円    |      |

- 添付書類
- 1 予防接種料金を支払ったことを証する書類
  - 2 予防接種予診票（市提出用）
  - 3 費用免除承認書（B類疾病対象者で負担金免除者）

第6号様式（第9条関係）

## 綾瀬市予防接種助成金交付決定通知書

年 月 日

様

綾瀬市長印

年 月 日付けで提出のありました綾瀬市予防接種助成金交付申請について、次のとおり決定しましたので、綾瀬市予防接種助成金交付要綱第9条の規定により通知します。

[illegible]

第7号様式（第9条関係）

## 綾瀬市予防接種助成金不交付決定通知書

年 月 日

様

綾 瀬 市 長 印

年 月 日付けで提出のありました綾瀬市予防接種助成金交付申請について、次の理由により交付できませんので、ご了承ください

（理由）

第 8 号様式（第 1 0 条関係）

綾瀬市予防接種助成金交付請求書

年 月 日

(宛先)  
綾 瀬 市 長

申請者 住 所  
氏 名  
連絡先

綾瀬市予防接種助成金交付要綱第 1 0 条の規定により、次のとおり請求します。

| 納入先（課名・学校名） |    | 請求番号<br>NO. | 請求金額<br>円也 |    |
|-------------|----|-------------|------------|----|
| 予防接種名       | 期別 | 単価          | 件数         | 金額 |
|             |    | 円           | 件          | 円  |
|             |    | 円           | 件          | 円  |
|             |    | 円           | 件          | 円  |
|             |    | 円           | 件          | 円  |
|             |    | 円           | 件          | 円  |
|             |    | 円           | 件          | 円  |
|             |    | 円           | 件          | 円  |
|             |    | 円           | 件          | 円  |

< 口座振込先 >

|         |                    |       |    |
|---------|--------------------|-------|----|
| フリガナ    |                    |       |    |
| 口座名義人   |                    |       |    |
| 金融機関コード |                    |       |    |
| 金融機関名   | 銀行 信用金庫<br>信用組合 農協 | 支 店 名 | 支店 |
| 預金種目    | 普 通 当 座            | 口座番号  |    |