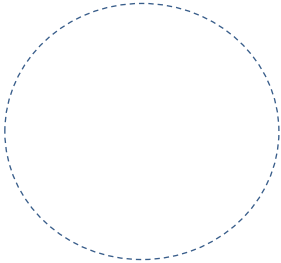


(様式第 1 号)

堺市定期予防接種費用助成申請書

年 月 日

堺 市 長 様



申請者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	電話番号		被接種者との関係	

定期予防接種を堺市協力医療機関以外で接種したので、下記のとおり関係書類を添えて接種費用の助成申請をいたします。

また、堺市がこの助成の決定に必要があると判断し、接種した医療機関等に対して予防接種の内容や費用等について問い合わせること、及び医療機関等がこの問い合わせについて回答することを了承します。

堺市協力医療機関で接種できない理由		1. 里帰り出産等で、堺市外に滞在していたため（生後 1 2 月以内） 2. 病状による理由等で、堺市協力医療機関以外の医療機関で予防接種を受けるため（詳細： ） 3. その他（ ）			
被接種者	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日生
	住 所	☐ 上記申請者住所と同じ			
接種年月日	接種医療機関	予防接種の種類	支払金額 (A)	上限金額 (B)	申請金額 (C)
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
申請金額（合計）					円
※ (C) の申請金額は (A) と (B) のうち、少ない方の金額を記入してください					

- 注意
- ① この助成を受けるためには、予防接種の接種前に、予防接種の実施依頼書の発行が必要となります。
 - ② 里帰り出産については、生後 1 2 月以内に接種した予防接種が助成の対象となります。
 - ③ 申請金額は、対象となる予防接種に対して医療機関に支払った金額を記入してください。ただし、支払った金額が堺市の定める金額を上回る場合は、堺市の定める金額が助成の上限となります。
 - ④ 申請の添付書類として、予防接種を接種したことが確認できる書類（母子手帳等）、領収書（原本）、振込先の口座が確認できる物の写しが必要となります。
- ※領収書が当該予防接種のものであると確認できない場合は、別途領収金額の内訳がわかる明細書等が必要となります。
- ⑤ 振込先は、申請者名義の口座にしてください。
 - ⑥ 申請は、接種した日から起算して 1 年以内に申請してください。