（様式第１号）

堺市新型コロナウイルス感染症の流行に伴う定期予防接種費用助成金交付申請書

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	

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、法令で定められた接種時期に定期接種しなかった予防接種について、やむを得ず接種時期を超えて接種したので、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せすること、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。

法令で定められた接種時期に定期接種しなかった理由 （該当する番号に〇をつける）	１．接種のための受診による、新型コロナウイルス感染症への罹患リスクが、予防接種を延期することによるリスクよりも高いと考えられたため ２．その他 （詳細：　　）

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） ※（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					円

① 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。

② 申請の添付書類として、以下の(1)又は(2)のいずれかと(3)の書類が必要となります。

(1) 新型コロナウイルスの流行に伴い定期接種期間外に接種した予防接種に係る確認書類（様式第２号）

(2) 次の全ての書類

ア　当該予防接種を接種したことが確認できる書類（母子手帳の写しなど）

イ　当該予防接種について、医療機関に支払った金額がわかる領収書（当該予防接種に係るものであることが確認できない場合は、当該医療機関が発行する明細書

(3) 振込先の口座が確認できる物の写し

③ 振込先は、申請者名義の口座にしてください。

④ 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。

※対象となる予防接種について、**BCG は４歳未満、小児用肺炎球菌ワクチンは６歳未満、ヒブは１０歳未満、五種混合ワクチン及び四種混合ワクチンは１５歳未満での接種に限ります。また、ロタウイルスワクチンについては、腸重積のリスクがあるため、当助成金の対象にはなりません。**