

沼田市長 様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄  本人  同一世帯員  その他( \_\_\_\_\_ )

沼田市任意予防接種費用助成交付申請書

下記の任意予防接種費用助成について、申請します。

なお、対象者であることを確認するため、必要により市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

また、市と委託契約を締結した医療機関で接種を受ける場合、助成金（接種費用のうち自己負担金を除いた金額）の請求及び受領について、受託医療機関にその権限を委任します。

記

1 被接種者

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
生年月日		年 月 日

2 希望する予防接種の種類 ※枠内の該当するにレを記入してください。

ワクチンの種類		助成金額 (1回あたり)	対象者
<input type="checkbox"/> インフルエンザ		3,800 円	<input type="checkbox"/> 妊婦 ・ <input type="checkbox"/> 重症化予防
麻しん 風しん	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン	5,000 円	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性又はその同居者 <input type="checkbox"/> 抗体価が低い妊婦の同居者 次の場合、MR ワクチン又は麻しんワクチンを接種する場合に限る <input type="checkbox"/> 妊婦の同居者 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン定期接種を受ける前の 0 歳児の同居者(未就学児を除く)
	<input type="checkbox"/> 麻しんワクチン	3,000 円	
	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン	3,000 円	
帯状 疱疹	<input type="checkbox"/> 生ワクチン(接種回数:1回)	4,000 円	50 歳以上の者で、過去に定期接種を含め帯状疱疹予防接種に関する市の助成を受けたことがない者
	<input type="checkbox"/> 組換えワクチン (接種回数:2回)	10,000 円	
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌		4,000 円	65 歳以上の者で、過去に定期接種を含め肺炎球菌ワクチン接種に関する市の助成を受けたことがない者

生活保護受給者は自己負担なし

裏面に続く

3 接種予定医療機関 \_\_\_\_\_

4 確認事項 ※お読みいただき、□にレを記入してください。

**全員**

- 沼田利根医師会に属する協力医療機関で接種を受ける場合、接種費用から助成金額を除いた金額を、医療機関に支払います。
- 沼田利根医師会に属する協力医療機関以外で接種を受ける場合、接種費用の全額を医療機関に支払い、市に接種及び支払を証明する書類等を提出し、手続きが完了することで、市が申請に係る助成金額を支払います。

**インフルエンザを希望する人**

- 今年度、初めてインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請を行います。
- 区分が重症化予防の場合は、記入してください。

<b>障 害 等</b>	身体障害者手帳等級 1 級 障害名 ( )
<b>確 認 事 項</b>	<input type="checkbox"/> 接種前に主治医に相談し、接種許可がありました。

**麻疹風しんを希望する人**

- 過去に、麻疹風しん予防接種費用助成金交付申請をしていません。
- 申請する際は、希望する接種に係る抗体検査結果の写しを添付します。

	麻疹抗体検査	風しん抗体検査
<b>抗体検査結果</b>	<input type="checkbox"/> EIA 法 16.0 未満 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> HI 法 16 倍以下 <input type="checkbox"/> EIA 法 8.0 未満 <input type="checkbox"/> その他 ( )

**带状疱疹を希望する人**

- 過去に、带状疱疹予防接種費用助成金交付申請をしていません。

**肺炎球菌を希望する人**

- 過去に、肺炎球菌予防接種費用助成金交付申請をしていません。