

記入例

補助金請求（高齢者）

- * 黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは使用不可)
- * 修正箇所は二重線で訂正してください。

豊橋市予防接種費補助金交付申請書兼請求書

令和〇年〇〇月〇〇日

申請・請求者 豊橋 太郎 続柄 (子)
〒441-8539

申請者の住所 豊橋市中野町字中原100番地

被接種者氏名 豊橋 花子 TEL0532-39-9109

【申請・請求者記入上の注意】

- ・申請・請求者は本人又は家族名義（施設長やケアマネジャー名義等は不可）

【申請（請求）額記入上の注意】

- ・申請（請求）金額と振込先の訂正はできません。
- ・「¥」は数字のすぐ左隣のマスに記入してください。（間は空けない）
- ・自己負担額ありの方：実際に支払った税込みの金額から自己負担額を引いた額を記入してください。
例）肺炎球菌の接種費用が税込 8,000 円だった場合、自己負担額 2,000 円を引いた 6,000 円を記入
- ・自己負担額なしの方：実際に支払った税込みの金額を記入してください。
- ・原則、口座名義は申請者と同一名義です。（被接種者ではない）
申請者と異なる名義の場合は裏面の委任状を記入してください

ワクチン	申請額(※)	接種日	ワクチン	申請額(※)	接種日
高齢者用肺炎球菌	6,000 円	R 〇年〇〇月〇日		円	R 年 月 日
インフルエンザ	8,000 円	R 〇年〇〇月〇日		円	R 年 月 日

申請（請求）金額		¥	1	万	4	千	0	百	0	十	0	円
振込先	金融機関名	豊橋		銀行・信組 信金・農協	中野			本店	支店	出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号 (左詰記入)		1	2	3	4	5	6	7	
	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)	(トヨハシ ハナコ) 豊橋 花子										

◆裏面もご確認のうえ、提出をお願いします◆

(委任状の記入例と提出前のチェックリストがあります。)

委任状記入例

補助金請求（高齢者）

- * 申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入してください。
- * 黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは使用不可)
- * 修正箇所は二重線で訂正してください。

委任状

令和 ○年 ○○月 ○日

委任者（申請・請求者）

住所 豊橋市中野町字中原100番地

氏名 豊橋 太郎

私は、豊橋市予防接種補助金の受領に関する権限を下記の者に委任いたします。

記

受任者（口座名義人）

住所 豊橋市今橋町1番地

氏名 豊橋 花子 続柄（ 母 ）

申請書提出前のチェックリスト

- 必要事項はすべて記入しましたか。
- 申請者名は本人名もしくは家族名になっていますか。（施設長名や施設職員名での申請はできません。）
- 申請（請求）金額や振込先が正しく記入されているか確認しましたか。
- 自己負担額がある方は、自己負担額
(肺炎球菌：2,000 円・インフルエンザ：1,500 円・新型コロナ：2,000 円・带状疱疹：生ワクチン 3,500 円、
不活化ワクチン 9,000 円/回) を引いた額を記入
- 口座名義人が申請者と異なる場合は裏面の委任状を記入しましたか。
- 訂正がある場合、二重線で訂正しましたか。

提出の際の持ち物チェックリスト

- 豊橋市予防接種費補助金交付申請書兼請求書
- 医療機関発行の領収書の原本（明細書など予防接種の内訳がわかるもの）
- 予診票
- 接種当日 60 歳から 64 歳の方は身体障害者手帳の写し
- 振込先の通帳（郵送で提出する場合は振込先情報が分かる箇所のコピーを添付してください。）

提出先・問合せ先

〒441-8539 愛知県豊橋市中野町字中原 100 番地（ほいっぷ内）
豊橋市保健所 保健医療企画課 ☎0532-39-9109 FAX0532-38-0780