

様式第3号（第6条関係）

令和 年 月 日

三豊市長 山下 昭史 様

申請者 住所 三豊市
氏名
電話番号
続柄

県外予防接種費用助成金交付申請書

三豊市県外予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請いたします。

1.被接種者

氏 名	
生年月日	年 月 日

2.予防接種

接種日	予防接種の種類	支払額	助成額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円

3.添付書類

- ・ 請求書（様式第4号）
- ・ 三豊市発行の予診票（原本）
- ・ 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳・予防接種済証等）
- ・ 予防接種に係る費用を支払ったことを証する領収書（予防接種の種類及び単価が分かるもの）

記入例

様式第3号（第6条関係）

令和 年 月 日

三豊市長 山下 昭史 様

- ・三豊市内の住所を記載してください。
- ・接種を受ける人が18歳以上の場合は、申請者は接種を受けた本人です。

申請者 住所 三豊市 ○○町 ○○ □□番地
氏名 健康 花子
電話番号 (連絡のつきやすい電話番号)
続柄 本人

県外予防接種費用助成金交付申請書

三豊市県外予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請いたします。

1. 被接種者

氏 名	健康 花子
生年月日	平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

支払額と下記の上限額を比較して、低い方の金額を記載してください。
※接種する年度、ワクチンの種類により助成額は異なりますので、必ず健康課に確認してください。
(参考) R7年度上限額(1回分)
・サーバリックス(2価) : 16,000円
・ガーダシル(4価) : 16,000円
・シルガード(9価) : 28,600円

2. 予防接種

接種日	予防接種の種類	支払額	助成額
2025. ○. ○	子宮頸がん シルガード	(例) 33,000 円	(例) 28,600 円
2025. ○. ○	子宮頸がん シルガード	(例) 33,000 円	(例) 28,600 円
2025. ○. ○	子宮頸がん シルガード	(例) 33,000 円	(例) 28,600 円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円

3. 添付書類

- ・ 請求書（様式第4号）
- ・ 三豊市発行の予診票（原本）
- ・ 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳・予防接種済証等）
- ・ 予防接種に係る費用を支払ったことを証する領収書（予防接種の種類及び単価が分かるもの）