

つくばみらい市告示第52号

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和7年 3月31日

つくばみらい市長 小 田 川



つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱の一部を改正する告示

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱（平成26年つくばみらい市告示第189号）の一部を次のように改正する。

様式第1号から様式第6号までを次のように改める。

|           |       |           |            |
|-----------|-------|-----------|------------|
| 住 所       |       |           |            |
| ふりがな      |       |           |            |
| 受ける人の氏名   |       |           |            |
| 生年月日      |       |           |            |
| 保護者氏名     |       |           |            |
| 連絡先電話番号   |       |           |            |
| おたふくかぜ罹患歴 | 年 月 日 | おたふくかぜ接種歴 | 1回目: 年 月 日 |

## おたふくかぜ 予防接種予診票

助成対象・助成金:

1回目のみ 3,000円

(生後12か月から小学校入学までの間)

※接種当日つくばみらい市に住民登録がある方(転出当日は除く)

診察前の体温 度 分

※おたふくかぜにかかったことがある方は対象外です。

※接種したことのある方は助成の対象外です。

| 質 問 事 項                                                          | 回 答 欄  | 医師記入欄 |
|------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| 今日受ける予防接種について裏面の説明書を読みましたか                                       | いいえ はい |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )                             | はい いいえ |       |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )                                         | はい いいえ |       |
| 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( ) いつ頃( )         | はい いいえ |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( ) 接種年月日( 年 月 日)                         | はい いいえ |       |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名( ) | はい いいえ |       |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか                            | いいえ はい |       |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( 歳 か月頃)                                 | はい いいえ |       |
| そのとき熱が出ましたか                                                      | はい いいえ |       |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬品名・食品名( )               | はい いいえ |       |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか                                        | はい いいえ |       |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名( )                           | はい いいえ |       |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか                                       | はい いいえ |       |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射 <sup>注1</sup> を受けましたか                    | はい いいえ |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか                                              | はい いいえ |       |

## 医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせる)と判断します。  
接種歴(回数・間隔等)を確認のうえ、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

## 医師署名又は記名押印

※ゴム印の場合は押印が必要です。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。  
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票がつくばみらい市に提出されることに同意します。

## 保護者自署

|                  |     |                |
|------------------|-----|----------------|
| 使用ワクチン名          | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| ワクチン名            |     | 実施場所           |
| Lot No.          |     | 医師名            |
| ④有効期限が切れていないか要確認 | ml  | 接種年月日 年 月 日    |

注1: ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にでないことがあります。

様式第2号(第5条関係)

|            |                                        |         |                                                                                                                                                                  |
|------------|----------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住 所        | つくばみらい市                                |         | つくばみらい市<br><b>小児季節性<br/>インフルエンザ<br/>予防接種予診票</b><br><b>【1回目・2回目】</b><br>助成対象・助成金：<br>6か月以上13歳未満：2回 1,000円/回<br>13歳以上中学3年生まで：1回 1,000円<br>助成期間：<br>年10月1日 ～ 年1月31日 |
| ふりがな       | ※接種当日につくばみらい市に住民登録がある方(転出当日は除く)のみ対象です。 |         |                                                                                                                                                                  |
| 受ける人の氏名    |                                        |         |                                                                                                                                                                  |
| 生年月日       | 年                                      | 月 日( 歳) |                                                                                                                                                                  |
| 保護者氏名      |                                        |         |                                                                                                                                                                  |
| 連絡先電話番号    |                                        |         | 診察前の体温 度 分                                                                                                                                                       |
| インフルエンザ接種歴 | 1回目： 年 月 日                             |         |                                                                                                                                                                  |

| 質 問 事 項                                                          | 回 答 欄 |     | 医師記入欄 |
|------------------------------------------------------------------|-------|-----|-------|
| 今日受ける予防接種について裏面の説明書を読みましたか                                       | いいえ   | はい  |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )                             | はい    | いいえ |       |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )                                         | はい    | いいえ |       |
| 1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( ) いつ頃( )        | はい    | いいえ |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( ) 接種年月日( 年 月 日)                         | はい    | いいえ |       |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名( ) | はい    | いいえ |       |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか                            | いいえ   | はい  |       |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( 歳 か月頃)                                 | はい    | いいえ |       |
| そのとき熱が出ましたか                                                      | はい    | いいえ |       |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬品名・食品名( )               | はい    | いいえ |       |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか                                        | はい    | いいえ |       |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名( )                           | はい    | いいえ |       |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか                                       | はい    | いいえ |       |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射 <sup>注1</sup> を受けましたか                    | はい    | いいえ |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか                                              | はい    | いいえ |       |

|                                                                                                                                                                              |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>医師記入欄</b><br>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせる)と判断します。<br>接種歴(回数・間隔等)を確認のうえ、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。                                                | <b>医師署名又は記名押印</b><br>※ゴム印の場合は押印が必要です。 |
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。<br>この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票がつくばみらい市に提出されることに同意します。 | <b>保護者自署</b><br>(保護者が同伴できない場合の緊急連絡先)  |

| 使用ワクチン名          | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|------------------|-----|----------------|
| ワクチン名            |     | 実施場所           |
| Lot No.          |     | 医師名            |
| ⑩有効期限が切れていないかを確認 | ml  | 接種年月日 年 月 日    |

注1：ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

つくばみらい市任意予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名  
続 柄  
電話番号

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱第6条の規定に基づき、次のとおり任意予防接種費用の助成金の交付を申請します。なお、本申請に当たり、被接種者の住民基本台帳を確認すること、及び医療機関に問い合わせることについて同意します。予防接種費用の助成金については、下記口座への振込みを希望します。

|        |         |           |       |
|--------|---------|-----------|-------|
| フリガナ   |         | 生年<br>月 日 | 年 月 日 |
| 被接種者氏名 |         |           |       |
| 住 所    | つくばみらい市 |           |       |

|                                     |       |                 |              |                                |  |
|-------------------------------------|-------|-----------------|--------------|--------------------------------|--|
| 接種医療機関                              | 名 称   |                 |              |                                |  |
|                                     | 住 所   |                 |              |                                |  |
| 接種ワクチン                              | 接種年月日 | 接種に要した費用<br>(A) | 助成上限額<br>(B) | (A)と(B)のい<br>ずれか少ない方の金額<br>(C) |  |
| おたふくかぜ                              | 年 月 日 | 円               | 3,000円       | 円                              |  |
| 小児季節性インフルエンザ                        | 年 月 日 | 円               | 1,000円       | 円                              |  |
|                                     | 年 月 日 | 円               | 1,000円       | 円                              |  |
| 請求額 ((C) の合計額)<br>※生活保護世帯の方は(A)の合計額 |       | 円               |              |                                |  |

振込希望先

|           |                    |      |               |      |  |  |  |    |  |  |
|-----------|--------------------|------|---------------|------|--|--|--|----|--|--|
| 金融<br>機関名 | 銀行・信用金庫<br>信用組合・農協 | 支店   | 金融機関<br>支店コード | 金融機関 |  |  |  | 支店 |  |  |
|           |                    |      |               |      |  |  |  |    |  |  |
| 口座種別      | 01 普通 ・ 02 当座      | 口座番号 |               |      |  |  |  |    |  |  |
| フリガナ      |                    |      |               |      |  |  |  |    |  |  |
| 口座名義人     |                    |      |               |      |  |  |  |    |  |  |

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込口座番号を記入し、支店名は漢数字で記入してください。

《申請に必要なもの》

- ☐ 任意予防接種各接種額の支払いを証明できるもの（領収書原本等）
- ☐ 任意予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳等）

任意予防接種自己負担金免除券申請書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名  
続 柄  
電話番号

任意予防接種自己負担金免除券の交付を受けたいので、つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱第 8 条第 2 項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、住民基本台帳を確認すること及び世帯の課税状況を確認することについて同意します。

|       |            |
|-------|------------|
| ワクチン名 |            |
| 住 所   |            |
| ふりがな  |            |
| 接種者氏名 |            |
| 生年月日  | 年 月 日 ( 歳) |

交付番号

任意予防接種自己負担金免除券

|       |  |
|-------|--|
| ワクチン名 |  |
|-------|--|

|        |            |
|--------|------------|
| 住 所    |            |
| ふりがな   |            |
| 被接種者氏名 |            |
| 生年月日   | 年 月 日 ( 歳) |

上記の者について、任意予防接種において、自己負担金の免除対象者であることを証します。

については、医療機関において自己負担金を徴収できませんので、御注意ください。

有効期限 年 月 日

つくばみらい市長



## つくばみらい市任意予防接種実績報告書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名及び代表者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

年 月分を別添のとおり予診票を添付し報告するとともに、これにかかる委託料を請求します。

## 記

## 乳幼児・学童予防接種

| 区分                                  | 人数 | 単価 (円)     | 金額 |
|-------------------------------------|----|------------|----|
| おたふくかぜ                              | 名  | 3, 0 0 0 円 | 円  |
| (全額免除者)                             | 名  | 円          | 円  |
| 小児季節性インフルエンザ<br>(生後 6 か月以上 1 3 歳未満) | 名  | 1, 0 0 0 円 | 円  |
| (全額免除者)                             | 名  | 円          | 円  |
| 小児季節性インフルエンザ<br>(1 3 歳以上中学 3 年生まで)  | 名  | 1, 0 0 0 円 | 円  |
| (全額免除者)                             | 名  | 円          | 円  |
| 合計                                  | 名  |            | 円  |

## 振込口座

|                    |  |
|--------------------|--|
| 銀行 支店              |  |
| 普通 ・ 当座 (どちらかに○印を) |  |
| 口座番号               |  |
| フリガナ               |  |
| 名義人氏名              |  |

※翌月 10 日までに、予診票を添付しご請求ください※

# おたふくかぜ 予防接種予診票

助成対象・助成金:

1回目のみ 3,000円

(生後12か月から小学校入学までの間)

※接種当日つくばみらい市に住民がある方(転出日は除く)

|                           |       |                       |            |
|---------------------------|-------|-----------------------|------------|
| 住 所                       |       |                       |            |
| ふりがな                      |       |                       |            |
| 受ける人の氏名                   |       |                       |            |
| 生年月日                      |       |                       |            |
| 保護者氏名                     |       |                       |            |
| 連絡先電話番号                   |       |                       |            |
| おたふくかぜ<br>接種歴             | 年 月 日 | おたふくかぜ<br>接種歴         | 1回目: 年 月 日 |
| ※おたふくかぜにかかったことがある方は対象外です。 |       | ※接種したことのある方は助成の対象外です。 |            |

診察前の体温 度 分

| 質 問 事 項                                                          | 回 答 欄  | 医師記入欄 |
|------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| 今日受ける予防接種について裏面の説明書を読みましたか                                       | いいえ はい |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )                             | はい いいえ |       |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )                                         | はい いいえ |       |
| 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか<br>病名( ) いつ頃( )      | はい いいえ |       |
| 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか                               | はい いいえ |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種名( ) 接種年月日( 年 月 日)                      | はい いいえ |       |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名( ) | はい いいえ |       |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか                            | いいえ はい |       |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( 歳 か月頃)                                 | はい いいえ |       |
| そのとき熱が出ましたか                                                      | はい いいえ |       |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか<br>薬品名・食品名( )            | はい いいえ |       |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか                                        | はい いいえ |       |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか<br>予防接種名( )                        | はい いいえ |       |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか                                       | はい いいえ |       |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射 <sup>注1</sup> を受けましたか                    | はい いいえ |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか                                              | はい いいえ |       |

## 医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせる)と判断します。  
 接種歴(回数・間隔等)を確認のうえ、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

※ゴム印の場合は押印が必要です。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。  
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票がつくばみらい市に提出されることに同意します。

保護者自署

|                  |       |                |
|------------------|-------|----------------|
| 使用ワクチン名          | 接種量   | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| ワクチン名            | 皮下接種  | 実施場所           |
| Lot No.          | 0.5ml | 医師名            |
| ⑥有効期限が切れていないか要確認 |       | 接種年月日 年 月 日    |

注1:ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

様式第2号(第5条関係)

|                                       |            |   |       |         |  |
|---------------------------------------|------------|---|-------|---------|--|
| 住 所                                   | つくばみらい市    |   |       | つくばみらい市 |  |
| ※接種当日につくばみらい市に住民登録がある方(転出日は除く)のみ対象です。 |            |   |       |         |  |
| ふりがな                                  |            |   |       |         |  |
| 受ける人の氏名                               |            |   |       |         |  |
| 生年月日                                  | 年          | 月 | 日( 歳) |         |  |
| 保護者氏名                                 |            |   |       |         |  |
| 連絡先電話番号                               | 診察前の体温 度 分 |   |       |         |  |
| インフルエンザ接種歴                            | 1回目: 年 月 日 |   |       |         |  |

| 質 問 事 項                                                          |  | 回 答 欄 |     | 医師記入欄 |
|------------------------------------------------------------------|--|-------|-----|-------|
| 今日受ける予防接種について裏面の説明書を読みましたか                                       |  | いいえ   | はい  |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )                             |  | はい    | いいえ |       |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )                                         |  | はい    | いいえ |       |
| 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( ) いつ頃( )         |  | はい    | いいえ |       |
| 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか                               |  | はい    | いいえ |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( ) 接種年月日( 年 月 日)                         |  | はい    | いいえ |       |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名( ) |  | はい    | いいえ |       |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか                            |  | いいえ   | はい  |       |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( 歳 か月頃)                                 |  | はい    | いいえ |       |
| そのとき熱が出ましたか                                                      |  | はい    | いいえ |       |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬品名・食品名( )               |  | はい    | いいえ |       |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか                                        |  | はい    | いいえ |       |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名( )                           |  | はい    | いいえ |       |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか                                       |  | はい    | いいえ |       |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射 <sup>注1</sup> を受けましたか                    |  | はい    | いいえ |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか                                              |  | はい    | いいえ |       |

|                                                                                                                                                                              |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 医師記入欄                                                                                                                                                                        | 医師署名又は記名押印                    |
| 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせる)と判断します。<br>接種歴(回数・間隔等)を確認のうえ、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。                                                                | ※ゴム印の場合は押印が必要です。              |
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。<br>この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票がつくばみらい市に提出されることに同意します。 | 保護者自署<br>(保護者が同伴できない場合の緊急連絡先) |

|                  |                                                                               |                |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 使用ワクチン名          | 接種量                                                                           | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| ワクチン名            | 皮下接種                                                                          | 実施場所           |
| Lot No.          | <input type="checkbox"/> 0.25ml(3歳未満)<br><input type="checkbox"/> 0.5ml(3歳以上) | 医師名            |
| ⑩有効期限が切れていないか要確認 |                                                                               | 接種年月日 年 月 日    |

注1 : ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

つくばみらい市任意予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名  
続 柄  
電話番号

印

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり任意予防接種費用の助成金の交付を申請します。なお、本申請に当たり、被接種者の住民基本台帳を確認すること、及び医療機関に問い合わせることについて同意します。予防接種費用の助成金については、下記口座への振込みを希望します。

|        |         |           |       |
|--------|---------|-----------|-------|
| フリガナ   |         | 生年<br>月 日 | 年 月 日 |
| 被接種者氏名 |         |           |       |
| 住 所    | つくばみらい市 |           |       |

|                                     |       |                 |              |                                   |  |
|-------------------------------------|-------|-----------------|--------------|-----------------------------------|--|
| 接種医療機関                              | 名 称   |                 |              |                                   |  |
|                                     | 住 所   |                 |              |                                   |  |
| 接種ワクチン                              | 接種年月日 | 接種に要した費用<br>(A) | 助成上限額<br>(B) | (A) と (B) のい<br>ずれか少ない方の金額<br>(C) |  |
| おたふくかぜ                              | 年 月 日 | 円               | 3, 0 0 0 円   | 円                                 |  |
| 小児季節性インフルエンザ                        | 年 月 日 | 円               | 1, 0 0 0 円   | 円                                 |  |
|                                     | 年 月 日 | 円               | 1, 0 0 0 円   | 円                                 |  |
| 請求額 ((C) の合計額)<br>※生活保護世帯の方は(A)の合計額 |       | 円               |              |                                   |  |

振込希望先

|           |                    |      |               |      |  |  |  |    |  |  |
|-----------|--------------------|------|---------------|------|--|--|--|----|--|--|
| 金融<br>機関名 | 銀行・信用金庫<br>信用組合・農協 | 支店   | 金融機関<br>支店コード | 金融機関 |  |  |  | 支店 |  |  |
|           |                    |      |               |      |  |  |  |    |  |  |
| 口座種別      | 0 1 普通 ・ 0 2 当座    | 口座番号 |               |      |  |  |  |    |  |  |
| フリガナ      |                    |      |               |      |  |  |  |    |  |  |
| 口座名義人     |                    |      |               |      |  |  |  |    |  |  |

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込口座番号を記入し、支店名は漢数字で記入してください。

《申請に必要なもの》

- 任意予防接種各接種額の支払いを証明できるもの（領収書原本等）
- 任意予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳等）
- 生活保護世帯の方は証明できる書類

任意予防接種自己負担金免除券申請書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名  
続 柄  
電話番号

印

任意予防接種自己負担金免除券の交付を受けたいので、つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱第 8 条第 2 項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、住民基本台帳を確認すること及び世帯の課税状況を確認することについて同意します。

|       |  |
|-------|--|
| ワクチン名 |  |
|-------|--|

|       |             |       |
|-------|-------------|-------|
| 住 所   |             |       |
| ふりがな  |             | 男 ・ 女 |
| 接種者氏名 |             |       |
| 生年月日  | 年 月 日 ( 歳 ) |       |

交付番号 \_\_\_\_\_

任意予防接種自己負担金免除券

|       |         |   |        |
|-------|---------|---|--------|
| ワクチン名 |         |   |        |
| 住 所   | つくばみらい市 |   |        |
| ふりがな  |         |   | 男 ・ 女  |
| 接種者氏名 |         |   |        |
| 生年月日  | 年       | 月 | 日 （ 歳） |

上記の者について、（ ）任意予防接種において、自己負担金の免除対象者であることを証します。

ついては、医療機関において自己負担金を徴収できませんので、御注意ください。

有効期限                      年                      月                      日

つくばみらい市長



## つくばみらい市任意予防接種実績報告書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

所在地

医療機関名

医師名及び代表者名 ㊟

年 月分を別添のとおり予診票を添付し報告するとともに、これにかかる委託料を請求します。

## 記

## 乳幼児・学童予防接種

| 区分                                 | 人数 | 単価 (円) | 金額 |
|------------------------------------|----|--------|----|
| おたふくかぜ                             | 名  | 3、000円 | 円  |
| (全額免除者)                            | 名  | 円      | 円  |
| 小児季節性インフルエンザ<br>(生後 6 か月以上 13 歳未満) | 名  | 1、000円 | 円  |
| (全額免除者)                            | 名  | 円      | 円  |
| 小児季節性インフルエンザ<br>(13 歳以上中学 3 年生まで)  | 名  | 1、000円 | 円  |
| (全額免除者)                            | 名  | 円      | 円  |
| 合計                                 | 名  |        | 円  |

## 振込口座

|         |  |            |
|---------|--|------------|
| 銀行      |  | 支店         |
| 普通 ・ 当座 |  | (どちらかに○印を) |
| 口座番号    |  |            |
| フリガナ    |  |            |
| 名義人氏名   |  |            |

※翌月 10 日までに、予診票を添付しご請求ください※