

**【おたふくかぜの予防接種費用を助成しています】**

感染性疾患等の発症及び蔓延を予防することを目的に、おたふくかぜの予防接種料金の一部を助成しています。



□対象者及び助成額

予防接種名	助成対象者（該当年齢） (湯川村に住所を有する以下の児)	助成限度額 (1回あたり)	助成回数
おたふくかぜ	1歳から就学前の児	5,000円	1回

※ただし、接種費用が助成限度額を下回る場合は、接種費用を助成額とする。

**重要!**

□申請手続き

①該当年齢（助成対象者に同じ）中に医療機関で予防接種を受ける。

→ **申請手続き**を。

②湯川村保健センターにて申請受付します。随時受け付けますが、事業を行っている場合は対応しかねますので、事前に電話連絡をお願いします。

(申請用紙は湯川村保健センターにあります)



□申請に必要なもの

①予防接種費用の領収書 ※金額と接種日がわかること、レシートのみでは無効です。

②おたふくかぜの予防接種済証もしくは接種記録（母子手帳で可）

③印鑑

④通帳または通帳の写し

□手続き期間

請求の期限は、**任意予防接種を受けた日の属する年度の翌年度の末日**とします。

接種完了後に助成金支給のための手続きを行って下さい。

※兄弟姉妹分は、まとめて申請してください。

※不明な点は、保健センターへお問い合わせ下さい。

電話 0241-27-3110

令和 年 月 日

湯川村長 様

湯川村任意予防接種費用償還払い申請書兼請求書

申請者住所 湯川村 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄（被接種者からみた関係） \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

湯川村任意予防接種費用助成要綱第3条の規定に基づき、下記のとおり償還払いを申請及び請求します。

1 接種者

接種者氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
接種者氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
接種者氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)

2 申請額 申請額 円

	①医療機関支払合計額 ( 人分)	②助成額の上限単価 (1人につき)	③助成額の合計
おたふくかぜ	円	5,000円×1回まで	円

※助成額…①と②を比較し、金額の少ない額を助成申請額とします。

3 振込先口座（申請者名義としてください。）

金融機関名	銀行・信組・信金・農協		支店
預金種別	普通	口座番号	
よみがな			
口座名義人			