

任意接種（おたふくかぜワクチン）の費用助成

対象者 中津市に住民登録がある方で次のいずれかに該当する者

- (1) おたふくかぜ1期： 生後12月～24月に至るまでの間に1回接種した者
(1歳の誕生日の当日から2歳の誕生日の前日まで)
- (2) おたふくかぜ2期： 小学校就学前1年間（4月1日から翌年の3月31日）に1回接種した者

助成内容

おたふくかぜ1期、おたふくかぜ2期それぞれ1回助成 1回上限6,000円
※生活保護受給世帯の者は、全額助成を致しますのでお申し出ください。

申請期間 予防接種を受けた日から1年以内

申請方法

中津市役所こども家庭センター（または各支所総務・住民課）に以下のものを持参してください。

①申請書

②領収書・明細書（原本に限る）

（医療機関名・予防接種の種類・予防接種を受けた者の氏名・領収印・領収日が明記されたもの）

③母子健康手帳

④振り込み先が分かるもの（保護者名義の金融機関の通帳等）

※ 申請書等を審査した後に、指定された金融機関の口座に助成金を振り込みます。

申請兼請求書の記載上の留意事項

- ① 請求金額の記載間違いは訂正することができず、再提出（書き直し）になります。
恐れ入りますが、金額欄は、空欄のまま窓口にお持ちください。
- ② 申請兼請求書（表面）の一番下の委任欄は、一番上の申請・請求者名と口座名義人が異なる場合にご記入ください。
- ③ 振込口座は、保護者名義の口座をご記入ください。

<問合せ先>

中津市役所 こども家庭センター 母子保健係 ☎0979-22-1170（直通）

中津市任意接種（おたふくかぜワクチン）費用助成申請兼請求書

令和 年 月 日

中津市長 あて

申請・請求者名

（被接種者との関係

電話番号

任意接種費用の助成を申請し、必要書類を添えて下記の金額を請求します。

助成金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請内容の確認にあたり、中津市長が住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は医療機関に問い合わせることに同意します。

フリガナ	
被接種者名	
住 所	中津市
生 年 月 日	年 月 日
保 険 の 種 類	国保 社保 その他 ()

予防接種の種類	接種金額合計 (A)	助成額上限 (B)	助成額 (請求額) (A)と(B)の少ない方
おたふくかぜ1期	円	6,000円	円
おたふくかぜ2期	円	6,000円	円
請 求 金 額			円

金融機関コード		店番コード						
金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合 労働金庫	支店・出張所						
預金種目	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()	口座番号 (右詰め)						
フリガナ								
口座名義人								

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入してください。

私は、上記口座名義人に、予防接種助成金の受け取りを委任します。
年 月 日 申請・請求者氏名