

# 掛川市おたふくかぜ任意予防接種助成事業 対象確認チェックシート

お子さんが対象となるか、このシートで**必ず確認**してから、予約をしてください。

1 お子さんは接種当日に  
掛川市に住民登録がある。

いいえ (NO)

助成対象外  
です

接種する場合は、  
全額自己負担となります。

はい  
(YES)

**両方**に当てはまるか確認してください

- ① 住民登録が掛川市にある
- ② 接種当日の前後に引っ越し予定はない

※引っ越し予定がある場合は、**予約前に掛川市健康医療課へ  
連絡をお願いします（電話 0537-23-8111）。**  
助成の対象とならない場合があるため、注意が必要です。

2 お子さんの年齢は、接種当日に  
1歳または年長児である。

いいえ (NO)

はい  
(YES)

どちらかに当てはまるか確認してください

- ① 1歳（1歳の誕生日から2歳の誕生日の前日まで）である
- ② 年長児（小学校就学1年前の4月1日から翌年3月31日まで）  
**令和6年度の対象  
平成30年4月2日生まれから平成31年4月1日生まれまで**

3 接種希望の医療機関が、  
掛川市指定医療機関である。

いいえ (NO)

償還払いの  
助成対象です

※接種後1年以内に、  
徳育保健センター窓口にて  
助成金の交付申請が必要  
です。

はい  
(YES)

ホームページの指定医療機関一覧に  
希望医療機関名が掲載されているか確認してください

**助成対象です**

指定医療機関へ記入済みの申請書を提出し、  
接種費用のうち2,000円の支払いが免除されます。



茶のみやきんじろう  
©掛川市

年 月 日

掛川市おたふくかぜ任意予防接種助成金交付申請書兼代理受領委任申出書

掛川市長

住 所

申 請 者 氏 名

(保護者) (署名又は記名押印)

被接種者との関係 [ ]

掛川市おたふくかぜ任意予防接種助成金交付要綱第6条の規定により、助成金の交付申請、請求及び代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

被接種者	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	H・R	年 月 日 ( 歳)
連絡先電話番号			
予防接種の種類及び交付申請額 (該当する項目に☑を入れてください。)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ (生後12月から生後24月までに至るまでの間にある者)	2,000円	
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ (5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にあるもの)	2,000円	

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払いください。

【誓約・同意事項】

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請、請求及び受領について受任します。

使用ワクチン名	接種量	医療機関名・代表者名・接種年月日
ワクチン名	0.5ml	医療機関名
Lot No.		代表者名
		接種年月日 年 月 日