

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、予約前に掛川市こども相談課へ連絡をお願いします（電話 0537-64-3100）。
助成の対象とならない場合がありますため、注意が必要です。

いいえ (NO)

令和6年度対象で（①・②に該当）にワクチンの偏在により接種できない状況にありましたか？

- ① 令和4年4月2日～令和5年4月1日
- ② 平成30年4月2日～平成31年4月1日
生まれである

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7年度の対象
平成31年4月2日生まれから令和2年4月1日生まれまで**

はい
(YES)

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。

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。)	☐ 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	
	☐ 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	
	☐ おたふくかぜ (令和6年度及び令和7年度に上記に該当し、ワクチンの偏在により接種できなかったもの)	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。	☐ 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。	☐ 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	0.5 ml	医療機関名
Lot No.		代表者名
		接種年月日 年 月 日