

お子さんの予防接種費用助成金（償還払い制度）について

定期の予防接種を、里帰りなどの理由で県外等の医療機関で自費接種した場合が対象です。

【申請受付期間】

接種した日から2年以内に申請してください。2年を過ぎた場合は、受理できません。

【助成対象となる要件及び助成上限額】 別表参照

接種した日に、鎌ケ谷市民であること。

予防接種法に基づく接種（定期接種）が対象となりますので、接種年齢や接種間隔、接種回数等に決まりごとがあります。接種日年度の制度内容が適応となります。

助成額（償還額）は、鎌ケ谷市と県内医療機関の予防接種の契約金額を上限としています。接種日年度の金額が適応となります。

【申請書類等】

- ①「鎌ケ谷市予防接種費用助成金交付申請書（請求書）」；健康増進課にあります。

申請者は、保護者となります。

助成金の申請額は、助成上限額を超えない範囲内での請求となります。

別紙内訳明細書で計算し、その合計額を「申請書（請求書）」に記入してください。金額については、訂正印で訂正できませんので、留意してご記入ください。

- ②領収書（原本）

接種を受けた人の氏名、領収年月日（接種年月日）、接種した予防接種ごとの料金がわかるもの。

上記項目の明記がない場合は、医療機関に追記してもらってください。

- ③申請者（保護者）の身分証明書の写し（健康保険証、運転免許証、住基カード等）

- ④指定する振込口座の写し

- ⑤母子健康手帳（申請する予防接種と接種日を確認させていただきますので、ご用意ください。郵送の場合は、手帳の表紙（お子さんの氏名記入要）の写しと、申請する予防接種と接種日が確認できる「予防接種の記録」のページの写しも同封してください。）

【申請方法】

窓口または郵送でご申請下さい。できるだけ窓口への来所をお勧めします。

窓口に来所された場合は、添付書類②から④と母子健康手帳の該当ページのコピーは、こちらでお取りします。ご印鑑（認印）もお持ちください。

郵送の場合は、申請書（請求書）、②は原本を、③、④、母子健康手帳はコピーを同封してください。

*裏面に助成金上限額の表があります。

ご確認ください。

問い合わせ先

鎌ケ谷市役所 健康増進課 予防係

直通電話：047-445-1390