

予防接種費助成金交付申請書 (法定A類予防接種)

令和 元年 5月10日

下野市長 様

申請者※ 住所: 下野市笹原26番地
 (保護者) 氏名: 下野太郎 (印野)
 電話: 090 (XXXX) △△△△
 被接種者との続柄: (父)

※被接種者が未成年者の場合、申請者は保護者となります。

フリガナ	<u>シモツケ キララ</u>	生年月日
被接種者氏名	<u>下野 きらら</u>	<u>平成・令和30年 4月 1日</u>
	① 被接種者が、本市以外に一時滞在しており、本市での接種が困難なため ② 被接種者が、病気治療等により、委託契約以外の医療機関等に入院若しくは通院しているため ③ その他 ()	
時滞在地	〒108-8111 東京都千代田区千代田1-1 メゾン千代田808 電話: 080-△△△△-XXXX	

申請者と口座名義が異なる場合は必ずチェックしてください。

私は、次の者に助成金の受領に関する権限を委任します。

振込口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)
	<u>下野銀行</u>	<u>小金井支店</u>	普通	<u>7777777</u>	<u>シモツケ ハナコ</u>

- ① 太線内を記入の上、二重線内は接種した医療機関で証明を受けてください。
- ② 接種時の「予診票の写し」を必ず添付してください。
- ※ 接種日から1年以内に提出してください (1年を過ぎたものは助成対象外となります)。

接種済票 (医療機関で記入してください。)

接種項目	※ 該当箇所を○で囲んでください		接種日
	ヒブ	①回目	2回目・3回目・4回目)
小児用肺炎球菌	(1回目・2回目・3回目・4回目)		
四種混合	(1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加)		接種料金
三種混合	(1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加)		
ポリオ	(1回目・2回目・3回目・追加)		<u>8,000円</u>
BCCG	(1回目)		
麻しん風しん混合	(1期・2期)		
麻しん(単抗原)	(1期・2期)		
風しん(単抗原)	(1期・2期)		
日本脳炎	(1期初回1回目・2回目・1期追加・2期)		
二種混合	(2期)		
水痘	(1回目・2回目)		
B型肝炎	(1回目・2回目・3回目)		
子宮頸がん予防	(1回目・2回目・3回目)		

二重線内: 接種の際に医療機関に記載してもらってください。

上記のことを証明します。

平成・令和 30年 6月12日

所在地 東京都千代田区霞が関1-2-2
 名称 医) カンピこどもクリニック
 医師名 日本 一郎 (印)

予防接種1種類ごとに1枚必要となります。