

予防接種費助成金交付申請書 (任意接種)

令和 年 月 日	
下野市長 様	申請者※ 住所： _____ (保護者) 氏名： _____ ㊟ 電話： _____ ( ) _____ 被接種者との続柄： ( ) _____
※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	生年月日
被接種者氏名	平成・令和 年 月 日
受診理由	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 ( ) _____
一時滞在地	〒 _____ 電話： - -

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)
			普通		

- 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
	ロタ (ロタリックス) (1回目・2回目) ロタ (ロタテック) (1回目・2回目・3回目) おたふくかぜ (1回目・2回目) 小児インフルエンザ (1回目・2回目)	平成・令和 年 月 日
		接種料金
		_____ 円
上記のことを証明します。 平成・令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     所在地                      名称                      医師名 <span style="float: right;">㊟</span> </div>		