

記載例

様式第3号の1 (第5条関係)

予防接種費助成金交付申請書 (任意接種)

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 (下野)
 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	シモツケ キララ	生年月日
被接種者氏名	下野 きらら	平成・令和30年 4月 1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	〒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)
	下野銀行	小金井支店	普通	7777777	シモツケ ハナコ

- 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。	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31年 4月 16日
		接種料金
		9,000円
上記のことを証明します。 平成・令和 31年 4月 16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 (日本印)		

予防接種1種類ごとに1枚必要となります。