

予防接種費助成金交付申請書 (法定A類予防接種)

令和 2年 9月 15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

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 ()	
	〒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。)

※ 該当箇所を○で囲んでください		接種日
接種項目	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) 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) BCG (1回目) 麻しん風しん混合 (1期・2期)	平成・令和2年 8月 3日
	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) ロタ (1回目・2回目・3回目)	接種料金 <u>8,000円</u>

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 2年 8月 3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

予防接種1種類ごとに1枚必要となります。

日本印