

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 ()	
〒	<u>108-8111</u>	
時滞在地	<u>東京都千代田区千代田1-1 メゾン千代田808</u>	
	電話: <u>080-△△△△-XXXX</u>	

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
	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。 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>

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