

予防接種費助成金交付申請書（法定B類予防接種）

下野市長 様	令和 年 月 日 申請者 住所： _____ 氏名： _____ 電話： _____（ _____ ） 被接種者との続柄：（ _____ ）	
※申請者は被接種者と同一となります。被接種者が成年被後見人の場合、成年後見人となります。		
フリガナ		生年月日
被接種者氏名		大正・昭和 年 月 日 （ 歳）
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。

	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
振込口座			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 高齢者肺炎球菌	接種日
		令和 年 月 日
	高齢者インフルエンザ	接種料金
		_____ 円
上記のことを証明します。 令和 年 月 日		
	所在地 名称 医師名	