

予防接種費助成金交付申請書（法定A類予防接種）

下野市長 様 申請者 住所： _____ 氏名： _____ 電話： _____（ _____ ） 被接種者との続柄：（ _____ ）	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
※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 (_____ 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 ヒブ (初回 (1回目・2回目・3回目)・追加) 小児用肺炎球菌 (初回 (1回目・2回目・3回目)・追加) 五種混合 (第1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加) 四種混合 (第1期初回 (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) 日本脳炎 (1期初回 (1回目・2回目)・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) HPV (子宮頸がん) (1回目・2回目・3回目) ロタ (1回目・2回目・3回目) その他 (予防接種名： _____ 回数： _____ 回目)	接種日
		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
		接種料金
上記のことを証明します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 所在地 名称 医師名		_____ 円 ㊟