

予防接種費助成金交付申請書（おとな定期接種）

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：（ ）
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。

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）
			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	接種日
	MR（麻しん風しん混合） 風しん（単抗原）	令和 年 月 日
	高齢者肺炎球菌 高齢者インフルエンザ	
	新型コロナワクチン	接種料金
	带状疱疹：生ワクチン	_____ 円
	带状疱疹：組換えワクチン（1回目・2回目）	
上記のことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名称 医師名		