

年 月 日

芽室町長 あて

申請者 住 所 芽室町
氏 名
(被接種者との続柄)
電話番号

定期予防接種助成金交付申請(請求)書

次のとおり定期予防接種を受けたので、助成金の交付を申請(請求)します。

記

対象者	住 所	□申請者と同じ 芽室町	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
予防接種名	1 五種混合(I期:1回目・2回目・3回目・追加) 2 二種混合(I期:1回目・2回目・追加 II期) 3 ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加) 4 小児肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加) 5 ポリオ(I期:1回目・2回目・3回目・追加) 6 B型肝炎(1回目・2回目・3回目) 7 ロタウイルス感染症(1回目・2回目・3回目) 8 BCG 9 MR混合(I期 II期) 10 水痘(1回目・2回目) 11 子宮頸がん(1回目・2回目・3回目) 12 日本脳炎(1回目・2回目・3回目・4回目) 13 RSウイルス感染症		
接種医療機関名			
接種年月日		接種料金	円
振 込 先	金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 組合 支店	
	(フリガナ)	口座種別	普通 ・ 当 座
	口座名義人	口座番号	

提出するもの

- (1) 医療機関が発行する領収書の写し
- (2) 予防接種済証と予診票
- (3) 母子健康手帳の写し