

様式第1号

予防接種費助成申請書兼請求書

予防接種を受けた者	住 所	那珂川町
	(フリガ ナ) 氏 名	
	生年月日	年 月 日生
	電話番号	
予防接種を受けた日	平成 年 月 日	
予防接種の種類	四種混合 ・ 三種混合 ・ 二種混合 麻しん風しん ・ 日本脳炎 ・ BCG ・ ポリオ ヒブ ・ 小児用肺炎球菌 ・ 子宮頸がん ・ インフルエンザ 肺炎球菌（高齢者） ・ 風しん（成人） ・ 麻しん風しん（成人） （接種を受けたものに○をつける）	
医療機関及び医師		
予防接種に要した金額	円	
振込金融機関	() 銀行・農協・信組 支店	
(ふりがな)		
口座名義	(被接種者・児にあつては保護者)	
口座種別	普通 当座	
口座番号		

◎ 予防接種予診票・領収書・母子手帳のコピー（成人以外）を添付して下さい。

◎ 接種後60日以内に健康管理センター窓口まで提出してください。

上記のとおり予防接種を受けたので、助成金を支給されたく請求いたします。

平成 年 月 日

那珂川町長 様

被接種者・保護者名

印

(町記入)

助成決定額	円
-------	---

