

様式第6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） （接種をうけたものに○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・母子手帳のコピーを添付して下さい。

◎ 接種後2ヶ月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。

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 |
|-----------|---|

