

別記様式 1 (第4条関係)

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		
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	電話番号			
予防接種を受けた日	1 回目	2 回目	3 回目	
	年 月 日	年 月 日	年	月 日
予 防 接 種 の 種 類 (接種を受けたものに○をつける)	ロタウイルス ・ ヒブ ・ 小児用肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ポリオ 五種混合 ・ 四種混合 ・ 三種混合 ・ 二種混合 ・ BCG 麻しん風しん ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ 子宮頸がん ・ RS ウイルス			
医 療 機 関 及 び 医 師				
予防接種に要した金額	1 回目	2 回目	3 回目	合 計
	円	円	円	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60日以内に子育て支援課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
-----------	---