

別記様式(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			
	(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	1回目	2回目	3回目	
	年 月 日	年	年	
予防接種の種類 (接種を受けたものに1つ0をつける)	ロタウイルス感染症・ヒブ・小児用肺炎球菌・B型肝炎 五種混合・四種混合・三種混合・二種混合・ポリオ・ BCG・麻しん風しん・水痘・日本脳炎・子宮頸がん インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌			
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			
(フリガナ)				
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日以内に健康福祉課、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)

助成額(1回あたり)	円
助成決定額	円

