

第3号様式（第6条関係）

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 四種混合(Ⅰ期:1回目・2回目・3回目・追加) 3 三種混合(Ⅰ期:1回目・2回目・3回目・追加) 4 二種混合(Ⅰ期:1回目・2回目・追加 Ⅱ期) 5 ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加) 6 小児肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加) 7 ポリオ(Ⅰ期:1回目・2回目・3回目・追加) 8 B型肝炎(1回目・2回目・3回目) 9 ロタウイルス感染症(1回目・2回目・3回目) 10 BCG 11 麻しん(Ⅰ期 Ⅱ期) 12 風しん(Ⅰ期 Ⅱ期) 13 MR混合(Ⅰ期 Ⅱ期) 14 水痘(1回目・2回目) 15 子宮頸がん(1回目・2回目・3回目) 16 日本脳炎(1回目・2回目・3回目・4回目)		
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