

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	芽室町		
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
予防接種名	1 四種混合(I期:1回目・2回目・3回目・追加) 2 三種混合(I期:1回目・2回目・3回目・追加) 3 二種混合(I期:1回目・2回目・追加 II期) 4 ポリオ(I期:1回目・2回目・3回目・追加) 5 麻しん(I期 II期) 6 風しん(I期 II期) 7 MR混合(I期 II期) 8 ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加) 9 小児肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加) 10 子宮頸がん(1回目・2回目・3回目) 11 BCG 12 水痘(1回目・2回目) 13 日本脳炎(1回目・2回目・3回目・4回目) 14 B型肝炎(1回目・2回目・3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