

由利本荘市長 様

予防接種助成金交付申請書

(医療機関名: _____)にて(予防接種名: _____)を受けましたので、予診票(結果)または母子健康手帳(予防接種の記録)の写しと領収書を添えて助成金の交付を申請します。

由利本荘市予防接種助成金請求書

予診票(結果)または母子健康手帳の写しと領収書を添えて、下記の通り予防接種助成金を請求します。

予 防 接 種 名	1回上限金額	回 数	金 額	接 種 年 月 日
ロ タ	ロタリックス	11,764		・
	ロタテック	8,778		・
B 型 肝 炎	6,754			・
ヒ ブ	8,692			・
小 児 用 肺 炎 球 菌	11,935			・
B C G	12,815			・
五 種 混 合	20,114			・
四 種 混 合	11,255			・
三 種 混 合	5,676			・
不 活 化 ポ リ オ	9,912			・
二 種 混 合	5,005			・
M R 混 合 (麻疹・風疹)	第1期	12,375		・
	第2期	10,538		・
麻 疹	第1期	8,063		・
	第2期	8,063		・
風 疹	第1期	8,063		・
	第2期	8,063		・
水 痘	10,615			・
日 本 脳 炎	7,054			・
ヒトパピローマウイルス (子宮頸がん予防)	サーバリックス	16,610		・
	ガーダシル			・
	シルガード	28,572		・
合 計				

助成金請求額 _____ 円

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

請求者住所 〒 _____
由利本荘市

申請者氏名 _____ 電話番号 _____
接種を受けた方 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

金融機関名	_____	本支店名	_____
口座種類	普通・当座	口座番号	_____
フリガナ	_____		
口座名義人	_____		

※申請者氏名と口座名義人は同一の方を記入してください(接種を受けた方が18歳未満の場合は保護者)。