様式第1号（第4条関係）

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 | 14,306 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| | ロタテック | 8,672 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| B型肝炎 | | 6,845 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| ヒブ | | 8,752 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| 小児用肺炎球菌 | | 11,996 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| BCG | | 12,881 | | | ・　・ |
| 五種混合 | | 20,174 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| 三種混合 | | 9,077 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| 不活化ポリオ | | 9,664 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| 二種混合 | | 6,221 | | | ・　・ |
| MR混合（麻疹・風疹） | 第1期 | 12,399 | | | ・　・ |
| | 第2期 | 10,562 | | | ・　・ |
| 麻疹 | 第1期 | 8,114 | | | ・　・ |
| | 第2期 | 8,114 | | | ・　・ |
| 風疹 | 第1期 | 8,114 | | | ・　・ |
| | 第2期 | 8,114 | | | ・　・ |
| 水痘 | | 10,681 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| 日本脳炎 | | 7,051 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| HPV（ヒトパピローマウイルス感染症） | | 28,220 | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| | | | | | ・　・ |
| RSウイルス感染症 | | 29,766 | | | ・　・ |
| 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）。

R８年度