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	8,804		・
B 型 肝 炎	6,845			・
ヒ ブ	8,753			・
小 児 用 肺 炎 球 菌	11,996			・
B C G	12,881			・
五 種 混 合	20,174			・
四 種 混 合	11,336			・
三 種 混 合	5,737			・
不 活 化 ポ リ オ	9,973			・
二 種 混 合	5,071			・
M R 混 合 (麻 疹・風 疹)	第 1 期	12,413		・
	第 2 期	10,576		・
麻 疹	第 1 期	8,129		・
	第 2 期	8,129		・
風 疹	第 1 期	8,129		・
	第 2 期	8,129		・
水 痘	10,681			・
日 本 脳 炎	7,051			・
HPV (ヒトパピローマウイルス)	サーバリックス	16,676		・
	ガーダシル			・
	シルガード9	28,220		・
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)。