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	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	バクニュバンス	11,935			・　・ ・　・ ・　・
	プレベナー20	11,996			・　・ ・　・ ・　・
BCG		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			・　・
MR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 ガーダシル	16,610			・　・ ・　・ ・　・
	シルガード9	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）。

R６年度