

予防接種助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

対馬市長様

(申請者) 住所
 氏名 ㊞
 (被接種者との続柄:)
 連絡先

対馬市予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、以下のとおり申請します。

<small>フリガナ</small> 被接種者名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳 ヶ月
住所	〒		
予防接種 (<input checked="" type="checkbox"/> をつける)	A類	ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目・ <input type="checkbox"/> 追加
		小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目・ <input type="checkbox"/> 追加
		B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目
		ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目
		四種混合	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目)・ <input type="checkbox"/> 1期追加
		二種混合	<input type="checkbox"/> 2期
		BCG	<input type="checkbox"/> 1回目
		水痘	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目
		MR【麻しん風しん】	<input type="checkbox"/> 1期・ <input type="checkbox"/> 2期
		日本脳炎	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目)・ <input type="checkbox"/> 1期追加・ <input type="checkbox"/> 2期
		子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目
	B類	成人用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目
		インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 1回目
振込先	金融機関名	支店名	
	口座番号	当座 ・ 普通	<input type="checkbox"/> 口座名義人(カタカナ)

添付書類 領収書 予診票(写し可) ※必要時、生活保護受給証明書(該当者)

以下市記載欄

助成額	円
-----	---

受付印

決裁	部長	課長	課長補佐	担当

上記のとおり助成してよろしいか伺います。 起案日(. .) 決裁日(. .)