

予防接種助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

対馬市長様

(申請者)
住 所
氏 名 印
(被接種者との続柄：)
連絡先

予防接種助成金の交付を受けたいので、以下のとおり申請します。

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 か月	
住所		〒 対馬市			
予防接種 (☑をつける)	A類	ヒブ ☐ 1回目 ・ ☐ 2回目 ・ ☐ 3回目 ・ ☐ 追加			
		小児用肺炎球菌 ☐ 1回目 ・ ☐ 2回目 ・ ☐ 3回目 ・ ☐ 追加			
		B型肝炎 ☐ 1回目 ・ ☐ 2回目 ・ ☐ 3回目			
		ロタウイルス ☐ 1回目 ・ ☐ 2回目 ・ ☐ 3回目			
		四種混合 1期初回 (☐ 1回目 ・ ☐ 2回目 ・ ☐ 3回目) ・ ☐ 1期追加			
		五種混合 1期初回 (☐ 1回目 ・ ☐ 2回目 ・ ☐ 3回目) ・ ☐ 1期追加			
		二種混合 ☐ 2期			
		BCG ☐ 1回目			
		水痘 ☐ 1回目 ・ ☐ 2回目			
		MR【麻しん風しん】 ☐ 1期 ・ ☐ 2期			
		日本脳炎 1期初回 (☐ 1回目 ・ ☐ 2回目) ・ ☐ 1期追加 ・ ☐ 2期			
		HPV ☐ 1回目 ・ ☐ 2回目 ・ ☐ 3回目			
	B類	成人用肺炎球菌 ☐ 1回目			
		季節性インフルエンザ ☐ 1回目			
		新型コロナウイルス ☐ 1回目			
		带状疱疹 ☐ 1回目 ・ ☐ 2回目 (シングリックスのみ)			
振込先	金融機関名			支店名	
	口座番号	当座・普通		口座名義人 (カタカナ)	

添付書類
☐ 領収書 ☐ 予診票 (写し可) ☐ 母子健康手帳の写し ※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
決 裁	部長	課長	課長補佐	担当

受付印

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 (. .)