

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	<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
		五種混合	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
	HPV	<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
季節性インフルエンザ		<input type="checkbox"/> 1回目	
新型コロナウイルス		<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	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
-----	---

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 (. .)