

様式第1号(第5条関係)

予 防 接 種 費 助 成 申 請 書					
令和 年 月 日					
高根沢町長 加藤 公博 様					
住 所 高根沢町					
申請者(保護者) 氏 名					
(印) 被接種者との続柄()					
(TEL —)					
被 接 種 者	ふりがな				
	氏 名	(男・女)			
		生 年 月 日			
		平成・令和 年 月 日			
		(満 歳 か月)			
振込金融機関	銀 行	本店	口座番号		
	農 協	支店	ふりがな		
	信用組合	支所	口座名義		
	信用金庫				

※ 振込口座は申請者のものにしてください。

受診済票兼領収書(医療機関で記載してください)

接 種 医 療 機 関	所在地	接 種 料 金	接 種 年 月 日		
	名 称		年 月 日		
	氏 名	印	円		
ワ ク チ ン の 種 類					
* 4種混合(1回目・2回目・3回目・追加) * 3種混合(1回目・2回目・3回目・追加) * 不活化ポリオ(1回目・2回目・3回目・4回目) * BCG * 水痘 (1回目・2回目) * 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) * 日本脳炎 1期(1回目・2回目・追加)・2期 * MRワクチン(1期・2期) * 2種混合 * 麻しん * 風しん * 子宮頸がん予防ワクチン(回目)					

※ この欄は記入しないでください

決 裁	所 長	係 長	係		伺	令和 年 月 日
					決 定	令和 年 月 日
					支 給 日	令和 年 月 日
確 認 欄						
1 接種時年齢【 歳 か月】			2 予防接種済み【済 ・ 未】			
ワクチン区分及び限度額						
* 4種混合 (10,800 円) * 3種混合(5,400 円) * 不活化ポリオ(9,720 円) * B C G(6,480 円) * 水痘 (9,720 円) * ヒブ(8,640 円) * 小児用肺炎球菌 10,800 円) * B型肝炎 (7,560 円) * 日本脳炎ワクチン (7,560 円) * 麻しん風しん混合ワクチン [1期(11,880 円)・2期(10,800)] * 2種混合(5,400 円) * 麻しん(6,480 円) * 風しん(6,480 円) * 子宮頸がん予防ワクチン(16,200 円)						
査定結果	1 承認 2 不承認 (理由)				支給金額	円

※ 支給限度額を越えた場合、自己負担