

様式第3号（第4条関係）

四條畷市定期予防接種費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

四條畷市長 宛

申請者
住 所
氏 名
被接種者氏名
電話番号

次のとおり必要書類を添付の上、定期予防接種費用に係る補助金の交付の申請及び請求をします。
なお、交付の際は下記口座へ振り込んでください。

予防接種の種類	BCG		
	ヒブ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種	
	小児用肺炎球菌	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種	
	ロタウイルス	1回目 2回目 3回目	
	五種混合	1期接種（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	四種混合	1期接種（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	不活化ポリオ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種	
	二種混合	2期	
	麻しん・風しん(MR)	1期・2期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加・2期	
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
請求金額	金	円	
振 込 先 銀行口座等	銀行		支店
	普通 当座	口座番号	
	口座名義（カタカナ）		

添付書類
当該予防接種の記録が記載された母子健康手帳の写し又は予防接種済証
当該予防接種に係る領収証

以下は記載しないでください。

予防接種の種類		(受付印)
接種医療機関名		
接種年月日	年 月 日	
		(確認者：)