

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

被接種者生年月日

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 (○を つける)	ロタウイルス		1回目 2回目 3回目
	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
	B型肝炎		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
	三種混合		1期接種 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	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
	BCG		
	RS		
	請求金額	金	円
振込先 銀行口座 等	銀行名		支店名
	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	令和 年 月 日	
		(確認者 :)