

様式第3号（第5条関係）

壱岐市予防接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

壱岐市長 様

請求者 住 所 壱岐市

氏 名 (被接種者との関係:)

電話番号 ()

予防接種費用の助成を受けたいので、壱岐市予防接種費用助成金に関する要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請及び請求します。

1 被接種者名等

被 接 種 者	氏 名		生年月日	
	住 所	壱岐市		
接種年月日		年 月 日 (接種当日 満 歳)		
予防接種の種類				
接種に要した費用		円		

2 振込先

振 込 先	金融機関	銀行・組合 信用金庫		本店 支店・支所
	種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

添付書類：接種医療機関発行の領収書（写し）

母子健康手帳の予防接種記録又は接種済みを証明する書面（写し）

（市記載欄）

助成決定額	円
-------	---

【予防接種費用助成金計算内訳】

※接種年月日・本人支払額は担当課で確認後記入しますので、記入不要です。

予防接種名		接種年月日	本人支払額
ロタ	1回	年 月 日	円
	2回	年 月 日	円
	3回(5価のみ)	年 月 日	円
B型肝炎	1回	年 月 日	円
	2回	年 月 日	円
	3回	年 月 日	円
インフルエンザ菌 b型 (H i b)	1回	年 月 日	円
	2回	年 月 日	円
	3回	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
小児 肺炎球菌	1回	年 月 日	円
	2回	年 月 日	円
	3回	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
4種混合	1回	年 月 日	円
	2回	年 月 日	円
	3回	年 月 日	円
	第1期追加	年 月 日	円
B C G		年 月 日	円
麻しん・風しん (MR)	第1期	年 月 日	円
	第2期	年 月 日	円
水痘	1回	年 月 日	円
	2回	年 月 日	円
日本脳炎	1回	年 月 日	円
	2回	年 月 日	円
	第1期追加	年 月 日	円
	第2期	年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		合 計 (助成決定額)	円