

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.....^①
(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、次のとおり申請し及び請求します。

1 被接種者名等

被 接 種 者	(ふりがな) 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 本店 信用金庫 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（写し）又は接種済みを証明する書面
（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
四種混合	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
BCG		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