

大和市任意予防接種助成金交付申請書

記入見本

年 月 日

大和市長 あて

点線枠内をご記入ください。

申請者 住所 大和市鶴間1-31-7
(保護者)

電話 046-260-5661

氏名 健康 花子

被接種者との続柄 母

大和市任意予防接種助成金の交付を受けたいので、大和市特別の理由による任意予防接種費用助成要綱第9条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

ふりがな 被接種者名	けんこう たろう 健康 太郎	生年月日	平成〇年 〇月 〇日	
接種医療機関	別紙 予防接種予診票のとおり			
予防接種の種類	接種年月日	接種費用	助成金額	
B型肝炎	令和〇年 〇月 〇日	〇〇 円	〇〇 円	
結核(BCG)	令和〇年 〇月 〇日	〇〇 円	〇〇 円	
5種混合・4種混合・3種混合	令和〇年 〇月 〇日	〇〇 円	〇〇 円	
ジフテリア・破傷風(DT)2期	令和〇年 〇月 〇日	〇〇 円	〇〇 円	
急性灰白髄炎(不活化ポリオワクチン)	令和〇年 〇月 〇日	〇〇 円	〇〇 円	
Hib感染症	令和〇年 〇月 〇日	〇〇 円	〇〇 円	
肺炎球菌感染症(小児)	令和〇年 〇月 〇日	〇〇 円	〇〇 円	
麻しん・風しん(MR)	令和〇年 〇月 〇日	〇〇 円	〇〇 円	
日本脳炎	令和〇年 〇月 〇日	〇〇 円	〇〇 円	
水痘	令和〇年 〇月 〇日	〇〇 円	〇〇 円	
	年 月 日	円	円	
合計金額		〇〇 円	〇〇 円	
助成申請額			〇〇 円	

提出書類 1 予防接種費用を支払ったことを証する書類 2 予防接種予診票(市提出用)

【市使用欄】

(本人確認書類)

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- その他 ()

担当	長	課長
必要書類を添付してご申請ください		

公印使用承認
電子公印