

大和市任意予防接種助成金交付申請書

年 月 日

大和市長 あて

申請者 住 所

(保護者)

電 話 — —

氏 名

被接種者との続柄

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の予防接種費用の助成に関する要綱第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		生年月日	年 月 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
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
合 計 金 額		円	円
助 成 申 請 額		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	両係長	課長

公印使用承認
電子公印

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○年 ○月 ○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○年 ○月 ○日	○○ 円	○○ 円
結核(BCG)	令和○年 ○月 ○日	○○ 円	○○ 円
5種混合	令和○年 ○月 ○日	○○ 円	○○ 円
急性灰白髄炎(不活化ポリオワクチン)	令和○年 ○月 ○日	○○ 円	○○ 円
Hib感染症	令和○年 ○月 ○日	○○ 円	○○ 円
肺炎球菌感染症(小児)	令和○年 ○月 ○日	○○ 円	○○ 円
麻しん・風しん(MR)	令和○年 ○月 ○日	○○ 円	○○ 円
日本脳炎	令和○年 ○月 ○日	○○ 円	○○ 円
水痘	令和○年 ○月 ○日	○○ 円	○○ 円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
合計金額		○○ 円	○○ 円
助成申請額		○○ 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