

朝霞市定期予防接種費補助金交付申請書

年 月 日

朝霞市長 宛

住 所 \_\_\_\_\_  
 申請者 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_

下記の通り予防接種を受けたため、朝霞市定期予防接種費補助金交付要綱第5条に基づき、必要書類を添え補助金の交付を申請します。

記

申請金額 \_\_\_\_\_ 円

フリガナ	
被接種者氏名	
生 年 月 日	年 月 日生 ( 歳 か月)
実施医療機関名、所在地、電話番号	
定期予防接種	① RSウイルス感染症（妊婦が接種するものに限る。） ② ロタウイルス（ロタリックス） _____ 回分 ③ ロタウイルス（ロタテック） _____ 回分 ④ B型肝炎 _____ 回分 ⑤ Hib感染症 _____ 回分 ⑥ 肺炎球菌感染症（小児が接種するものに限る。） _____ 回分 ⑦ 三種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風） _____ 回分 ⑧ 四種混合（ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風） _____ 回分 ⑨ 五種混合（ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、破傷風、Hib） _____ 回分 ⑩ 急性灰白髄炎（ポリオ） _____ 回分 ⑪ 結核（BCG） ⑫ 麻しん風しん混合 ⑬ 麻しん ⑭ 風しん ⑮ 水痘 _____ 回分 ⑯ 日本脳炎 _____ 回分 ⑰ 二種混合（ジフテリア及び破傷風） _____ 回分 ⑱ ヒトパピローマウイルス感染症 _____ 回分 ⑲ インフルエンザ（高齢者が接種するものに限る。） ⑳ 肺炎球菌感染症（高齢者が接種するものに限る。） ㉑ 新型コロナウイルス感染症（高齢者が接種するものに限る。） ㉒ 帯状疱疹（高齢者が接種するものに限る。）

※該当する項目に○印をつけてください。

（振込先金融機関）

振込先口座	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 支所					
	貯金種別・口座番号	普通・当座					
	口座名義人（フリガナ）						

(注) 1 この申請書に、下記の①～⑤を添付してください。  
 ①実施医療機関名、接種日または検査日、予防接種の種類等が明記された領収書、②接種済み予診票の写し、③母子健康手帳（高齢者の場合は不要）の予防接種記録の写し、④本人確認のできる書類の写し、⑤振込先の口座名義、口座番号及び支店名がわかるものの写し、※申請者以外の口座の場合は委任状が必要  
 2 補助金交付申請は、接種日（検査日）から起算して1年以内です。