

朝霞市定期予防接種費等補助金交付申請書

年 月 日

朝霞市長 宛

住所 朝霞市 _____

申請者 電話 _____ () _____

氏名 _____ ⑩

下記のとおり予防接種を受けたため、朝霞市定期予防接種費等補助金交付要綱第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 金 _____ 円

フリガナ	
被接種・検査者名	
生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
実施医療機関・健診機関名、住所、電話番号及び接種・検査医師名	
定期予防接種・風しん抗体検査 ※該当する項目に○印をつけてください。	① B型肝炎 _____回分 ② ヒブ _____回分 ③ 小児用肺炎球菌 _____回分 ④ 四種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風及びポリオ） _____回分 ⑤ 不活化ポリオ _____回分 ⑥ BCG ⑦ 麻しん風しん混合 ⑧ 麻しん ⑨ 風しん ⑩ 水痘 _____回分 ⑪ 日本脳炎 _____回分 ⑫ 二種混合（ジフテリア、破傷風） _____回分 ⑬ 子宮頸がん _____回分 ⑭ 高齢者インフルエンザ ⑮ 高齢者肺炎球菌 ⑯ 風しん抗体検査

(振込先金融機関)

振込先銀行名	口座番号	口座名義人(カタカナ記入)
銀行 信用金庫 農協	普通 当座	
支店	No.	

(注) この申請書に次の書類を添付してください。

- 1 接種医療機関（健診機関）名・接種日（検査日）・予防接種の種類等が明記された領収書・母子健康手帳（成人の場合は不要）
- 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。