

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	
被接種者氏名又は被検査者氏名	
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・風しん抗体検査 ※該当する項目に○印をつけてください。	① ロタウイルス感染症(ロタリックス) ____回分 ② ロタウイルス(ロタテック) ____回分 ③ B型肝炎 ____回分 ④ Hib感染症 ____回分 ⑤ 肺炎球菌感染症(小児が接種するものに限る。) ____回分 ⑥ 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 ⑦ 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 ⑧ 急性灰白髄炎(ポリオ) ____回分 ⑨ 結核(BCG) ⑩ 麻しん風しん混合 ⑪ 麻しん ⑫ 風しん ⑬ 水痘 ____回分 ⑭ 日本脳炎 ____回分 ⑮ 二種混合(ジフテリア及び破傷風) ____回分 ⑯ ヒトパピローマウイルス感染症 ____回分 ⑰ インフルエンザ(高齢者が接種するものに限る。) ⑱ 肺炎球菌感染症(高齢者が接種するものに限る。) ⑲ 風しん抗体検査

(振込先金融機関)

振込先金融機関名	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	
本店・支店	No.	

(注) 1 この申請書に、実施医療機関名、接種日(検査日)、予防接種の種類等が明記された領収書及び母子健康手帳(成人の場合は不要)を添付してください。

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。