

記入例

様式第 1 号

予防接種自己負担額補助金交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

摂津市長 様

保護者の名前

申請者

住所 摂津市三島1-1-1

氏名 摂津 太郎

電話番号 (06) 6383 - 1111

予防接種を受けた者との続柄 (母)

接種をした人の名前

次のとおり予防接種自己負担額補助金の交付を申請します。

申請者記入欄	予 防 接 種 を 受けた者の氏名	摂津 花子		
	予防接種を受け た者の生年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	予防接種の種類 (番号に○印)	1.四種混合 7.麻しん・風しん 13.子宮頸がん予防 2.三種混合 8.日本脳炎(1期) 14.B型肝炎 3.第2期ジフテリア 9.日本脳炎(2期) 15.ロタウイルス 4.ポリオ 10.BCG 16.水痘 5.麻しん 11.ヒブ 17.インフルエンザ 6.風しん 12.小児肺炎球菌 18.高齢者肺炎球菌		
	申 請 額			

添付書類 予防接種済証又はこれと同等の証明すべき書 記載した母子健康手帳の写し等

請求金額 もしくは 空欄でも可

請求する予防接種全てに○をつける

次の欄の記入をよろしくお願ひします。ただし、貴医療機関発行の領収書が予防接種の領収書とわかる場合は、下記の証明を領収書に代えることができます。

医療機関記入欄	領 収 金 額			
	予 防 接 種 を 受けた者の氏名			
	予防接種の種類 (番号に○印)	1.四種混合 7.麻しん・風しん 13.子宮頸がん予防 2.三種混合 8.日本脳炎(1期) 14.B型肝炎 3.第2期ジフテリア 9.日本脳炎(2期) 15.ロタウイルス 4.ポリオ 10.BCG 16.水痘 5.麻しん 11.ヒブ 17.インフルエンザ 6.風しん 12.小児肺炎球菌 18.高齢者肺炎球菌		
	予 防 接 種 日	年 月 日		
	ワクチンロット番号			
	医療機関名等	所在地 医療機関名 医 師 名 電 話 番 号 () -		