

予防接種自己負担額補助金交付申請書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_  
 予防接種を受けた者との続柄 ( ) \_\_\_\_\_

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			
	予防接種を受けた者の生年月日	年 月 日		
	予防接種の種類 (番号に○印)	1.四種混合 2.三種混合 3.第2期ジフテリア 4.ポリオ 5.麻しん 6.風しん	7.麻しん・風しん 8.日本脳炎(1期) 9.日本脳炎(2期) 10.BCG 11.ヒブ 12.小児肺炎球菌	13.子宮頸がん予防 14.B型肝炎 15.ロタウイルス 16.水痘 17.インフルエンザ 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に代わる証明すべき事項を記載した母子健康手帳の写し等

医療機関 様

次の欄の記入をよろしくお願いします。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 2.三種混合 3.第2期ジフテリア 4.ポリオ 5.麻しん 6.風しん	7.麻しん・風しん 8.日本脳炎(1期) 9.日本脳炎(2期) 10.BCG 11.ヒブ 12.小児肺炎球菌	13.子宮頸がん予防 14.B型肝炎 15.ロタウイルス 16.水痘 17.インフルエンザ 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	①	
		電話番号 ( )	-	