

予防接種費用助成 申請書

令和 年 月 日

名 取 市 長 あて

申請者(保護者) 〒

住 所

氏 名

続 柄

日中連絡が取れる番号

電 話

(母携帯・父携帯・自宅)

次のとおり予防接種を受けたので、接種費用の助成申請をします。

被接種者	ふりがな		男 女	生年 月日	平成 令和 (年 月 日生 			
------	------	--	--------	----------	--------------------------------------	--	--	--

※ 助成対象となる予防接種は、定期予防接種（BCG・ヒブ・小児用肺炎球菌・B型肝炎・4種混合・ロタ・2種混合・麻しん風しん混合・水痘・日本脳炎・子宮頸がん予防）です。

※ ロタ…R2.10月より開始（R2.8.1以降に生まれた方が対象）

《振込先》振込口座は、申請者（保護者）名義の口座です。

金融機関名	銀行 農協 信用金庫	本店 支店	口座種類	普通
フリガナ			口座番号	
口座名義人				

《添付書類》

□領収書の写し（受けた予防接種の種類と金額がわかるもの。必要時明細書）

□母子手帳「予防接種の記録」の写し（受けた予防接種の記載があるページ）

受 付 日 付 印

受付者