

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		生年 月 日	平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)	
	氏 名				
	住 所	名取市			
予防接種	種 類		接種月 日	支払金額	助成金額
		回目	年 月 日	円	円
		回目	年 月 日	円	円
		回目	年 月 日	円	円
		回目	年 月 日	円	円
		回目	年 月 日	円	円
		回目	年 月 日	円	円
		回目	年 月 日	円	円
		回目	年 月 日	円	円
		回目	年 月 日	円	円
		回目	年 月 日	円	円
助成金額	*記入不要 合 計		円 (市の設定金額が上限)		

※ 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・5種混合・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・ロタ）

《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