様式第４号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

鏡石町長　様

申請者　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　（再接種を受ける者との関係　　　　）

電話番号

鏡石町予防接種再接種費用助成交付申請書

年　　月　　日付け　　　第　　　号で承認決定があった鏡石町予防接種再接種費用助成金について、鏡石町予防接種再接種費用助成金交付事業実施要綱条８条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再接種を受けた者 |  | 　　　　　　　　　　　　　（ 男　・　女 ） |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日生まれ（満　　　　歳） |
| 住　　所 | 鏡石町 |
| 再接種を受けた医療機関名 |  |
| 再接種を行う予防接種の種類（該当する予防接種に〇） |
| 再接種をする予防接種の種類 | ロタウイルス | １回目　・　２回目　・　３回目 |
| Ｂ型肝炎 | １回目　・　２回目　・　３回目 |
| ヒブ | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 小児用肺炎球菌 | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 四種混合 | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 水痘 | １回目　・　２回目 |
| 麻しん風しん混合 | １期　・　２期 |
| 二種混合 | ２期 |
| 日本脳炎 | １期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期 |
| ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ | １回目　・　２回目　・　３回目 |
| その他 |  |
| ※交付決定額　　　　　　　　　　　円　　　　※交付決定額は記入しないでください。請求金額は、再接種費用と助成限度額のうち、いずれか低い金額になります。 |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  | 店名 | 　　　　　　　　□普通本店　支店支所　　　　　　　　□当座 |
| 口座番号 |  | カタカナ |  |
| 口座名義 |  |

２　添付書類　（１）再接種に係る領収書原本（接種日、対象予防接種種類が分かるもの）

（２）母子健康手帳の写しその他再接種の内容を確認することができる書類

（３）申請者名義の通帳写し（口座情報のページ）