

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	ふりがな氏名	(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○)				
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		
	ヒトパピローウイルス	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	本店 <input type="checkbox"/> 普通 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 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)