

様式第1号(第5条関係)

予 防 接 種 費 助 成 申 請 書			
			令和 年 月 日
高根沢町長 加藤 公博 様			
住 所 高根沢町			
申請者 氏 名		被接種者との続柄( )	
(保護者)		(TEL — )	
被 接 種 者	ふりがな	生 年 月 日	
	氏 名	(男・女)	平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)
振込金融機関	銀 行	本店 支店 支所	口座番号
	農 協		ふりがな
	信用組合 信用金庫		口座名義

※ 振込口座は申請者のものにしてください。

受診済票兼領収書(医療機関で記載してください)

接 種 医 療 機 関	所在地	接 種 料 金	接 種 年 月 日	
	名 称		令和 年 月 日	
	氏 名		印	円
ワ ク チ ン の 種 類				
* 4種混合(1回目・2回目・3回目・追加)      * 3種混合(1回目・2回目・3回目・追加) * 不活化ポリオ(1回目・2回目・3回目・4回目)      * BCG      * 水痘 (1回目・2回目) * ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)      * 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) * B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)      * 日本脳炎 1期(1回目・2回目・追加)・2期 * MRワクチン(1期・2期)      * ロタ [1価(1回目・2回目)・5価(1回目・2回目・3回目)] * 2種混合      * 麻しん      * 風しん      * 子宮頸がん予防ワクチン (1回目・2回目・3回目)				

※ この欄は記入しないでください

決 裁	所 長	係 長	係		伺	令和 年 月 日
					決 定	令和 年 月 日
					支 給 日	令和 年 月 日
確 認 欄						
1 接種時年齢【 歳 か月】			2 予防接種済み【済 ・ 未】			
ワクチン区分及び限度額						
* 4種混合 (11,000 円)      * 3種混合(5,500 円)      * 不活化ポリオ(9,900 円)      * B C G(6,600 円) * 水痘 (9,900 円)      * ヒブ(8,800 円)      * 小児用肺炎球菌(11,000 円)      * B型肝炎 (7,700 円) * 日本脳炎ワクチン (7,700 円)      * 麻しん風しん混合ワクチン [1期(12,100 円)・2期(11,000 円)] * ロタ [1 価(16,500 円)・5 価(11,000 円)]      * 2種混合(5,500 円)      * 麻しん(6,600 円) * 風しん(6,600 円)      * 子宮頸がん予防ワクチン(16,500 円)						
査定結果	1 承認 2 不承認 (理由 )				支給金額	円

※ 支給限度額を越えた場合、自己負担