-																
				予「	方 接	種 費	助	成	申	請	書					
												令和	名	F	月	日
青	高根沢町長	神林	秀治	様												
						(申請	者)	皮接種	皆が未	そ成年 を	者であ	るときは	、当記	亥被接種	重者の何	保護者
						住	所i	高根∛	門							
						氏:	名									
						電話	番号									
被	ふりがな									1	Ė	年	月	E	1	
接													年.		日	H
種	氏 名					(男	• 女)					()-H-	'	ᆂ	/1	
者												()両		成		かり
			銀	行	:			変番 5	1.7							
	• A = LVV ==		農	協	j	本店	Š	りがた	2			1			1	
振过	N.金融機関		信月	用組合		支店) 被接種者が未成年者であるときは、当該被接種者の保護者 高根沢町 号 生年月日								
		信用金庫		支所		座名 拿										
			16/	17亚.阵	<u> </u>	20171			-							
							\•/	- 4⊏	· 7	. 		±. ~ 3	σ)z	. 1	1 2×3°	٠, ١

※ 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)

	所在地	接		扌	妾 種	年	月	月	
	名称	種							
		料	円	令和	年		月		日
接	氏 名 印	金	1.1						
種	ワ	ク ヲ	ンの種類						
医	*ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加) *	4 種混合(1 回目・2	2回目・	3回目	• 追	加)		
療	*5種混合(1回目・2回目・3回目・	追加)	*BCG *水痘(1	回目•	2回目)				
機	*小児用肺炎球菌(1回目・2回目・	3回目	• 追加)						
関	*B型肝炎(1回目·2回目·3回目)	*	日本脳炎 第1期(1	回目・	2 回目	· 追	加)•	第 2	期
	*2種混合 *MR (第1期·第2期	・第	5期)						
	ロタ〔1価(1回目・2回目)・5個	i (1 🛭	回目・2回目・3回目)] >	k麻しん	<i></i>	:風し	ん	
	*HPV (1回目・2回目・3回目)								

※ この欄は記入しないでください

決	所	長	係	長	係			1	司	令和	年	月	日
								決	定	令和	年	月	田
裁								支衫	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													
*ヒブ(9,900円)*4種混合(11,000円)*5種混合(20,900円)*BCG(11,550円)*水痘(9,900円)													
*小児用肺炎球菌 13 価・15 価(13,200 円) *B型肝炎(7,700 円) *日本脳炎(7,700 円)													
*2 種混合(5,500 円) *MR〔第 1 期(12,100 円)・第 2 期(11,000 円)・第 5 期(11,000 円)〕													
*ロタ〔1価(16,500円)・5価(11,000円)〕 *麻しん(6,600円) *風しん(6,600円)													
*HPV 2価・4価(16,500円) 9価 (27,500円)													
本			1	承 認)				古经名	> 友百			円
			2	不承認	以(理由)	支給金額		<u> </u>			