

様式第1号(第5条関係)

予 防 接 種 費 助 成 申 請 書				平成 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 ー )
被 接 種 者	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名	(男・女)	平成 年 月 日 (満 歳 か月)	
振込金融機関	銀 行	本店	口座番号	
	農 協	支店	ふりがな	
	信用組合	支所	口座名義	
	信用金庫			

※ 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  円	接 種 年 月 日	
	名 称 氏 名		印	平成 年 月 日
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 ( 回目) * ヒブ (H i b)      * 小児用肺炎球菌      * 麻しん風しん混合ワクチン(1期・2期) * 2種混合      * 乾燥細胞培養日本脳炎 1期(1回目・2回目・追加)・2期 * 子宮頸がん予防ワクチン( 回目)      * 麻しん      * 風しん				

※ この欄は記入しないでください

決 裁	所 長	係 長	係		伺	平成 年 月 日
					決 定	平成 年 月 日
					支 給 日	平成 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 (10,800円)      * 3種混合(5,400円)      * 不活化ポリオ(9,720円) * BCG(6,480円)      * ヒブ(7,710円)      * 小児用肺炎球菌(10,290円) * 麻しん風しん混合ワクチン [1期(11,880円)・2期(10,800)]      * 水痘 (9,720円) * 2種混合(5,400円)      * 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン (7,560円) * 麻しん(6,480円)      * 風しん(6,480円)      * 子宮頸がん予防ワクチン(16,460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