（様式３）

登米市任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（償還払用）

平成　　年　　月　　日

登米市長

申請者　住所　登米市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

被接種者との続柄（　　）

電話番号＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

登米市任意予防接種費用助成金を交付されるよう、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

記

１　予防接種を受けた対象者

住　　所　登米市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏（ふり）　名（がな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　平成　　年　　月　　日生（　　歳　　か月）

＊中学生以上は年齢のみで可。

予防接種名（該当項目を○で囲む）

- ◆ 子宮頸がん　【1回目】【2回目】【3回目】
- ◆ ヒブ　【1回目】【2回目】【3回目】【4回目】
- ◆ 小児肺炎球菌　【1回目】【2回目】【3回目】【4回目】
- ◆ おたふくかぜ
- ◆ 水痘
- ◆ 高齢者肺炎球菌

●助成申請額＿＿＿＿＿＿＿＿円

予防接種を受けた日　　平成　　年　　月　　日

＊複数回接種した場合は、余白に日付を記入してください。

予防接種を受けた医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　助成金を振り込む金融機関

（1）金融機関名＿＿＿＿＿＿＿＿（2）支店名＿＿＿＿＿＿＿＿

（3）口座番号（普・当）＿＿＿＿＿＿＿＿（4）口座名義人（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿

【添付書類】＊接種料金が特定できる領収書　＊（乳幼児等の場合）母子手帳の写し　＊（子宮頸がん・高齢者肺炎球菌の場合）接種済証の写し　＊（おたふくかぜ・水痘・高齢者肺炎球菌の場合で生活保護世帯の場合）生活保護受給者証など

◎受付　平成　　年　　月　　日　　（　　）支所市民福祉課　（　　）

（H23.4）