

(様式3)

登米市乳幼児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

ふりがな
氏名 _____ 印

被接種者との続柄()

電話番号 _____ ()

登米市乳幼児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

ふり
氏 名 _____

生年月日 平成 年 月 日生(歳 月)

予防接種名(該当項目を○で囲む)

- ◆ おたふくかぜ
- ◆ 水痘
- ◆ 小児肺炎球菌 【1回目】 【2回目】 【3回目】 【4回目】
- ◆ Hib(ヒブ) 【1回目】 【2回目】 【3回目】 【4回目】

●助成申請額 _____ 円

予防接種を受けた日 _____ 平成 年 月 日

予防接種を受けた医療機関名 _____

2 助成金振込先

(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

- ①接種料金が特定できる領収証
- ②母子健康手帳コピー