

様式第1号 (第4条関係)

諫早市県外定期予防接種等費用助成金交付申請書

年 月 日

諫早市長 様

申請者 住 所 〒

氏 名 (被接種者との続柄) (印)
(電話番号)

県外医療機関等において定期予防接種等を受けたので、諫早市県外定期予防接種等費用助成金交付規程第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			(歳)
被接種者住所	〒 諫早市		
定期予防接種等の種類	1 ロタウイルス感染症ワクチン 2 B型肝炎ワクチン 3 ヒブワクチン 4 小児用肺炎球菌ワクチン 5 BCG 6 三種混合 7 四種混合 8 不活化ポリオ 9 麻しん及び風しん(1期) 10 麻しん及び風しん(2期) 11 麻しん(1期、2期) 12 風しん(1期、2期) 13 水痘 14 二種混合 15 日本脳炎(1期) 16 日本脳炎(2期) 17 子宮頸がん予防 18 乳幼児・小学生・中学生インフルエンザ 19 予診のみ		
県外医療機関等名			
接種(受診)年月日	年 月 日		
接種(受診)料金	円		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 漁協	本店 支店 出張所
	フリガナ	口座 番号	種別 普通・当座
	口座名義人		

【諫早市記入欄】

<助成上限額>

円

<助成金交付決定額>

円

※ 添付書類

- (1) 県外医療機関等が発行した領収書(定期予防接種等と分かるもの)
- (2) 母子健康手帳又は予防接種済証の写し