

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)
 (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 五種混合 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 RSウイルスワクチン 19 乳幼児・小学生・中学生インフルエンザ 20 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	種別	普通・当座
	フリガナ		口座番号		
	口座名義人				

【諫早市記入欄】

<助成上限額>	<助成金交付決定額>
円	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