

かほく市小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

かほく市長

年 月 日付け第 号で認定決定を受けたかほく市小児がん等の治療後の任意予防接種が下記のとおり完了したので、かほく市小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成事業実施要領第8条の規定により、関係書類を添えて報告し、併せて助成金の交付を請求します。

(申請者)	住 所	かほく市															
	フリガナ				続柄		電話番号										
	氏 名 (署名又は記名押印)																
被接種者(接種を受けた方)	住 所	かほく市 ※申請者と同じ住所の場合は記入不要															
	フリガナ						生年 月 日				年			月		日	(歳)
	氏 名																
	申請するワクチン			接種日			接種費用 (支払金額)		助成上限額		助成交付決定額						
	ヒブ (Hib)	☐	初回 (1回目)	年	月	日	円		円		円						
		☐	初回 (2回目)	年	月	日	円		円		円						
		☐	初回 (3回目)	年	月	日	円		円		円						
		☐	追加	年	月	日	円		円		円						
	小児用肺炎球菌	☐	初回 (1回目)	年	月	日	円		円		円						
		☐	初回 (2回目)	年	月	日	円		円		円						
		☐	初回 (3回目)	年	月	日	円		円		円						
		☐	追加	年	月	日	円		円		円						
	不活化ポリオ (IPV)	☐	1期初回 (1回目)	年	月	日	円		円		円						
		☐	1期初回 (2回目)	年	月	日	円		円		円						
		☐	1期初回 (3回目)	年	月	日	円		円		円						
		☐	1期追加	年	月	日	円		円		円						
	B C G	☐		年	月	日	円		円		円						
	二種混合 (DT)	☐	2期	年	月	日	円		円		円						
	麻しん風しん混合 (MR)	☐	1期	年	月	日	円		円		円						
		☐	2期	年	月	日	円		円		円						
	水痘	☐	1回目	年	月	日	円		円		円						
		☐	2回目	年	月	日	円		円		円						
	日本脳炎	☐	1期初回 (1回目)	年	月	日	円		円		円						
☐		1期初回 (2回目)	年	月	日	円		円		円							
☐		1期追加	年	月	日	円		円		円							
☐		2期	年	月	日	円		円		円							
	☐																
	☐																
抗体検査料							円		円		円						
医師意見書 (文書料)							円		円		円						
							助成金申請 (請求)額		円								

助成金振込口座	☐	① 届出済の子ども医療費助成金の振込口座 ※口座記入不要																			
	☐	② 下記の振込口座 ※振込口座【申請者名義の口座】を記入してください。※左詰め																			
	金融機関	銀行 信用金庫 農協				支店名					口座 番号										
												預金 種別	普通								
	口座 名義	(セイ)											(メイ)								