

青森市小児定期予防接種の再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

青森市長 宛

<申請者>

住 所 _____

氏 名 _____ (被接種者との関係 _____)

電話番号 _____

下記のとおり、青森市小児定期予防接種の再接種費用助成金の交付について必要書類を添えて申請しますので、指定口座への振込みをお願いします。

なお、助成金の交付決定に当たり、市が保有する個人情報を見学・調査すること及び医療機関に問い合わせること、また、当該申請書は、市において助成金を交付することを決定した後は請求書として取扱うことに同意します。

太枠内をご記入ください。

接種を受けたかた	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	〒	電話番号 - -			
交付金額		円				

※裏面の予防接種費用内訳もご記入ください。

振込先	金融機関名		本・支店名			
	預金種目	普通 ・ 当座				
	口座番号 (右づめ)					口座名義人

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄にご記入の上ご押印ください。

私は、上記口座名義人に、小児定期予防接種の再接種費用助成金の受領を委任します。					
年	月	日	申請者氏名	印	

予防接種費用内訳（太枠内をご記入ください）

予防接種の種類	回	接種日 (年月日)	支払額 (A)	上限額 (B)	助成額 (A)、(B)いずれか低い額	依頼書 有 無
ヒブ感染症	1回目		円	円	円	
	2回目		円	円	円	
	3回目		円	円	円	
	追加		円	円	円	
小児用肺炎球菌感染症	1回目		円	円	円	
	2回目		円	円	円	
	3回目		円	円	円	
	追加		円	円	円	
B型肝炎	1回目		円	円	円	
	2回目		円	円	円	
	3回目		円	円	円	
ロタウイルス感染症	1回目		円	円	円	
	2回目		円	円	円	
	3回目		円	円	円	
5種混合・3種混合	1回目		円	円	円	
	2回目		円	円	円	
	3回目		円	円	円	
	追加		円	円	円	
BCG			円	円	円	
麻しん・風しん混合	1期		円	円	円	
	2期		円	円	円	
水痘	1回目		円	円	円	
	2回目		円	円	円	
日本脳炎	1回目		円	円	円	
	2回目		円	円	円	
	追加		円	円	円	
	2期		円	円	円	
2種混合			円	円	円	
不活化ポリオ	1回目		円	円	円	
	2回目		円	円	円	
	3回目		円	円	円	
	追加		円	円	円	
ヒトパピローマウイルス感染症	1回目		円	円	円	
	2回目		円	円	円	
	3回目		円	円	円	
合 計					円	