

様式第4号（第8条関係）

幸田町特別の理由による任意予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

（宛先）幸田町長

保護者

住所

氏名

㊞

幸田町特別の理由による任意予防接種費用助成金を下記のとおり交付してください。

記

任意予防接種を受けた者	住所	□保護者と同じ（□に✓） 幸田町大字		
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
請求金額	金 円			

振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合			店 所
預金種目	普通・当座	口座番号		
ふりがな				
口座名義人				

添付書類

- 1 領収書その他の当該任意予防接種に要する費用を支払ったことを証する書類
（ワクチン名及び費用の明細が記載してあるものに限る。）
- 2 債権者登録兼口座振替依頼書
- 3 母子健康手帳の写し
- 4 予診票の写し

予防接種の内容

BCG	接種年月日	年	月	日	
	接種費用額			円	
	助成金額 ※			円	
4種混合 3種混合	接種年月日	1 期初回 1 回目	年	月	日
		1 期初回 2 回目	年	月	日
		1 期初回 3 回目	年	月	日
		追加	年	月	日
	接種費用額			円	
	助成金額 ※			円	
ポリオ	接種年月日	1 期初回 1 回目	年	月	日
		1 期初回 2 回目	年	月	日
		1 期初回 3 回目	年	月	日
		追加	年	月	日
	接種費用額			円	
	助成金額 ※			円	
H i b	接種年月日	1 期初回 1 回目	年	月	日
		1 期初回 2 回目	年	月	日
		1 期初回 3 回目	年	月	日
		追加	年	月	日
	接種費用額			円	
	助成金額 ※			円	
肺炎球菌	接種年月日	1 期初回 1 回目	年	月	日
		1 期初回 2 回目	年	月	日
		1 期初回 3 回目	年	月	日
		追加	年	月	日
	接種費用額			円	
	助成金額 ※			円	
MR 麻しん 風しん	接種年月日	年	月	日	
	接種費用額			円	
	助成金額 ※			円	
日本脳炎	接種年月日	1 期初回 1 回目	年	月	日
		1 期初回 2 回目	年	月	日
		1 期追加	年	月	日
		2 期	年	月	日
	接種費用額			円	
	助成金額 ※			円	
2 種混合	接種年月日	年	月	日	
	接種費用額			円	
	助成金額 ※			円	
HPV	接種年月日	1 回目	年	月	日
		2 回目	年	月	日
		3 回目	年	月	日
	接種費用額			円	
	助成金額 ※			円	
	水痘	接種年月日	1 回目	年	月
2 回目			年	月	日
接種費用額				円	
助成金額 ※			円		
B型肝炎	接種年月日	1 回目	年	月	日
		2 回目	年	月	日
		3 回目	年	月	日
	接種費用額			円	
	助成金額 ※			円	

※「助成金額」欄は記入しないでください。