

第4号様式（第6条関係）

（表面）

定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）上越市長

申請者（保護者）

住 所

氏 名

※署名の場合は押印不要

（被接種者との続柄 ）

電話番号

次のとおり定期予防接種費用助成金の交付を申請します。

申請額（請求額）		円	※交付決定額		円
被 接 種 者	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	住 所				
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ 口座名義人				

備考

- 1 申請額（請求額）欄には裏面の接種費用の合計額を記入してください。
- 2 ※印欄は、記入しないでください。
- 3 振込先の口座名義人は、申請者と同一としてください。

## (裏面)

四種混合、三種混合、二種混合（ジフテリア・破傷風）	接種年月日	第 期（回） 第 期（回） 第 期（回）	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
ポリオ	接種年月日	第 期（回） 第 期（回） 第 期（回）	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
麻しん風しん混合、麻しん、風しん	接種年月日	第 期	年 月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
日本脳炎	接種年月日	第 期（回） 第 期（回） 第 期（回）	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
BCG	接種年月日	年 月 日	
	接種費用	円	※助成対象額 円
ヒブ	接種年月日	第 期（回） 第 期（回） 第 期（回）	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
小児用肺炎球菌	接種年月日	第 期（回） 第 期（回） 第 期（回）	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
子宮頸がん <small>けい</small>	接種年月日	回目 回目 回目	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
水痘	接種年月日	回目 回目	年 月 日 年 月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
B型肝炎	接種年月日	回目（0.25mL・0.5mL） 回目（0.25mL・0.5mL） 回目（0.25mL・0.5mL）	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
ロタウイルス	接種年月日	回目（ロタリックス・ロタテック） 回目（ロタリックス・ロタテック） 回目（ロタテック）	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
予診のみ	実施年月日	年 月 日	
	接種費用	円	※助成対象額 円

備考 ※印欄は、記入しないでください。助成対象額は、接種費用又は市の定める上限額のいずれか低い額（複数回の接種がある場合は、当該額の合計額）となります。