

## 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

令和3年3月10日

（宛先）上越市長

申請者（保護者）

住 所 上越市木田1-1-△

氏 名 上越 花子

※署名の場合は押印不要

（被接種者との続柄 母 ）

電話番号 090-123-\*\*\*\*

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）		91,000円	※交付決定額	円
被接種者	氏 名	上越 太郎		
	生年月日	令和2年 8月 10日		
	住 所	上越市木田1-1-△		
振込先	金融機関名	上越	銀行 金庫 農協	高田 本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	1234567
	フリガナ 口座名義人	ジョウエツ ハナコ 上越 花子		

## 備考

- 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。
- ※印欄は、記入しないでください。
- 振込先の口座名義人は、申請者と同一としてください。

申請者と口座名義人は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 1 期 ( 1 回) 第 期 ( 回) 第 期 ( 回)	令和 2 年 1 0 月 1 1 日 年 月 日
	接種費用	10,000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	接種年月日は、母子健康手帳や接種済証に記載された日付を記入してください。 接種費用欄は、接種したワクチンの種類の欄に、領収書を見てそれぞれかかった金額 (複数回摂取した場合はその合計金額) を記入してください。 助成対象額欄は、市で記入します。	月 日
	接種費用	円	※助成対象額 円
ヒブ	接種年月日	第 1 期 ( 1 回) 第 1 期 ( 2 回) 第 期 ( 回)	令和 2 年 1 0 月 1 1 日 令和 2 年 1 1 月 1 2 日 年 月 日
	接種費用	16,000円	※助成対象額 円
小児用肺炎球菌	接種年月日	第 1 期 ( 1 回) 第 1 期 ( 2 回) 第 期 ( 回)	令和 2 年 1 0 月 1 1 日 令和 2 年 1 1 月 1 2 日 年 月 日
	接種費用	24,000円	※助成対象額 円
子宮頸がん	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	B型肝炎は、使用した製剤の種類 (0.25mL 製剤か 0.5mL 製剤) によって助成金額が異なります。 0.25mL か 0.5mL のどちらの製剤を使用したか、不明な場合は、接種を実施した病院にお問い合わせください。 なお、接種量はどちらの製剤を利用しても 0.25mL です。	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	1 回目 (0.25mL・0.5mL) 2 回目 (0.25mL・0.5mL) 回目 (0.25mL・0.5mL)	令和 2 年 1 0 月 1 1 日 令和 2 年 1 1 月 1 2 日 年 月 日
	接種費用	11,000円	※助成対象額 円
ロタウイルス	接種年月日	1 回目 (ロタリックス・ロタテック) 2 回目 (ロタリックス・ロタテック) 回目 (ロタテック)	令和 2 年 1 0 月 1 1 日 令和 2 年 1 1 月 1 2 日 年 月 日
	接種費用	30,000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。