

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6年12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 090-1234-\*\*\*\*

助成額は接種費用または市の定める上限額のいずれか低い額になります。

次のとおり定期予防接種費用助成金交付を申請します。

申請額（請求額）		109,000円			
被 接 種 者	氏 名	上越 太郎			
	生年月日	令和6年 7月 1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	春日山	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	0123456	
	フリガナ 口座名義人	ジョウエツ ハナコ 上越 花子			

申請者と口座名義人は同一としてください

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 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)

五種混合、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） 令和 6 年 9 月 1 日 第 1 期（ 2 回） 令和 6 年 1 0 月 2 日 第 期（ 回） 年 月 日
	接種費用	40,000円
ポリオ	接種年月日	第 回) 年 月 日 年 月 日 年 月 日
	接種費用	円
麻しん、風しん	接種年月日	年 月 日
	接種費用	円
日本脳炎	接種年月日	第 期（ 回） 年 月 日 第 期（ 回） 年 月 日 第 期（ 回） 年 月 日
	接種費用	円
BCG	接種年月日	令和 6 年 1 2 月 5 日
	接種費用	10,000円
ヒブ	接種年月日	第 期（ 回） 年 月 日 第 期（ 回） 年 月 日 第 期（ 回） 年 月 日
	接種費用	円
小児用肺炎球菌	接種年月日	第 1 期（ 1 回） 令和 6 年 9 月 1 日 第 1 期（ 2 回） 令和 6 年 1 0 月 2 日 第 期（ 回） 年 月 日
	接種費用	22,000円
子宮頸がん	接種年月日	回目 年 月 日 回目 年 月 日 回目 年 月 日
	接種費用	円
水痘	接種年月日	回目 年 月 日 回目 年 月 日
	接種費用	円
B型肝炎	接種年月日	1 回目 (0.25mL・0.5mL) 令和 6 年 9 月 1 日 2 回目 (0.25mL・0.5mL) 令和 6 年 1 0 月 2 日 回目 (0.25mL・0.5mL) 年 月 日
	接種費用	11,000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) 令和 6 年 9 月 1 日 2 回目 (ロタリックス・ロタテック) 令和 6 年 1 0 月 2 日 回目 (ロタテック) 年 月 日
	接種費用	26,000円
予診のみ	実施年月日	年 月 日
	接種費用	円

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。

備考 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。