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　　　　　　　　　本店金庫　　　　　　　　　支店農協　　　　　　　　　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）　　　　年　　　月　　　日第　　期（　　回）　　　　年　　　月　　　日第　　期（　　回）　　　　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）　　　　年　　　月　　　日第　　期（　　回）　　　　年　　　月　　　日第　　期（　　回）　　　　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）　　　　年　　　月　　　日第　　期（　　回）　　　　年　　　月　　　日第　　期（　　回）　　　　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）　　　　年　　　月　　　日第　　期（　　回）　　　　年　　　月　　　日第　　期（　　回）　　　　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）　　　　年　　　月　　　日第　　期（　　回）　　　　年　　　月　　　日第　　期（　　回）　　　　年　　　月　　　日 |
| 接種費用 | 円 | ※助成対象額 | 円 |
| 子宮がん | 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 | ※助成対象額 | 円 |
| 水痘 | 接種年月日 | 　　　　回目　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　回目　　　　　　　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）　　　　年　　月　　日　　回目（0.25mL・0.5mL）　　　　年　　月　　日　　回目（0.25mL・0.5mL）　　　　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）　　　　年　　月　　日　　回目（ﾛﾀﾘｯｸｽ・ﾛﾀﾃｯｸ）　　　　年　　月　　日　　回目（ﾛﾀﾃｯｸ）　　　　　　　　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。