

年 月 日

神栖市長 様

神栖市予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

予防接種費用助成金の交付について関係書類を添えて申請し、当該助成金の請求をします。また、この申請及び請求に係る必要な情報について「市の保有する公簿等により確認すること」及び「接種医療機関へ確認すること」に同意します。

依頼書発行番号：保 第 号	申請(請求)日	年 月 日
確認欄（必要なもの）	申請(請求)者	被接種者からみた続柄 ()
予防接種済証（予診票の写し可）	現 住 所	
通帳等（口座番号の確認できるもの）	電 話 番 号	
領収証（接種費用が明記されているもの）		

（日中連絡の取れる電話番号の記入をお願いします）
※申請期限：接種年度の末日(3 月 31 日)まで

予防接種を受けた人	フリガナ		性別	男・女
	氏 名			
	同上	※申請者と同一の場合は「同上」に「○」印をつけてください		
	生年月日	年 月 日生（満 歳 か月 ）		
	住 所	1 同上 2 その他（ ）		
	電話番号	1 同上 2 その他（ ）		
接種医療機関名				
接種費用計	円 ※裏面の予防接種費用内訳書も記入してください。			

予防接種費用の助成金について請求します。
なお、交付するに当たっては下記の口座に振り込み願います。 請求金額 円

記

振込先口座	銀行・信金 労金・信組 農協・漁協								本店 支店 出張所	種別	普通・当座
	口座番号 (右づめ)								フリガナ		
									口座名義人		

※ ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込み口座番号を記入し、支店名は漢数字で記入してください。
※ 申請(請求)者、予防接種を受けた人及び振込先口座名義人同一人としませんが、予防接種を受けた人がこの申請(請求)を自ら行うことができないときは、その限りではありません。また、申請(請求)者と振込先口座名義人が違うときは、以下の受領委任欄に申請(請求)者の氏名を記入してください。

私は接種者の同意に基づき、上記の振込先口座名義人に予防接種費用助成金の受領を委任します。

委任者(申請者)氏名	宛名番号	
	確認者	

(裏)
予防接種別接種費用内訳書

予防接種費用助成金の交付を申請する予防接種について、該当する回数等の欄に○印と、接種年月日、実際の支払額を記載してください。

※太枠内のみ記入してください。

予防接種の種類	回数等	接種年月日	実際の支払額	助成金額
ヒブ	初回1回目	年 月 日	円	
	初回2回目	年 月 日	円	
	初回3回目	年 月 日	円	
	追加	年 月 日	円	
小児用 肺炎球菌	初回1回目	年 月 日	円	
	初回2回目	年 月 日	円	
	初回3回目	年 月 日	円	
	追加	年 月 日	円	
B型肝炎	1回目	年 月 日	円	
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
ロタウイルス	1回目	年 月 日	円	
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
五種混合 ・ 四種混合 ※どちらかに○	初回1回目	年 月 日	円	
	初回2回目	年 月 日	円	
	初回3回目	年 月 日	円	
	追加	年 月 日	円	
BCG		年 月 日	円	
MR混合	第1期	年 月 日	円	
	第2期	年 月 日	円	
水痘	1回目	年 月 日	円	
	2回目	年 月 日	円	
日本脳炎	第1期初回1回目	年 月 日	円	
	第1期初回2回目	年 月 日	円	
	第1期追加	年 月 日	円	
	第2期	年 月 日	円	
二種混合	第2期	年 月 日	円	
子宮頸がん	1回目	年 月 日	円	
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
高齢者肺炎球菌		年 月 日	円	
高齢者インフルエンザ		年 月 日	円	
新型コロナウイルス感染症		年 月 日	円	
帯状疱疹	生ワクチン※1回のみ	年 月 日	円	
	組換え1回目	年 月 日	円	
	組換え2回目	年 月 日	円	
小児インフルエンザ	1回目	年 月 日	円	
	2回目	年 月 日	円	
妊婦インフルエンザ		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
			円	