

様式第1号（第4条関係）

（表）

八潮市造血細胞移植後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）八潮市長

八潮市造血細胞移植後定期予防接種費用助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

なお、助成要件の確認のために、市が保有する個人情報を見直し、及び調査すること並びに医療機関に問い合わせることに同意します。

申請者	ふりがな			被接種者との続柄
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号	【自宅・携帯】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入		
被接種者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
申請額	円（裏面の合計額を記入してください。）			

助成金の振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店 支店
口座種別	1 普通預金 2 当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(裏)

助成対象予防接種実施の内訳

予防接種の種類		再接種日	自己負担額
ヒブ (H i b)	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
四種混合 (D P T - I P V)	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 C G		年 月 日	円
麻しん風しん混合 (M R)	1 期	年 月 日	円
	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	1 期初回 1 回目	年 月 日	円
	1 期初回 2 回目	年 月 日	円
	1 期追加	年 月 日	円
	2 期	年 月 日	円
二種混合 (D T)		年 月 日	円
子宮頸がん予防 (H P V)	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	円
	3 回目	年 月 日	円
申請合計額			円