

茅ヶ崎市乳幼児等予防接種費用補助金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)茅ヶ崎市長

住 所

申請者 氏 名 ⑩※(被接種者との続柄)

※本人確認書類を提示することで、押印を省略することができます。

電話番号

茅ヶ崎市乳幼児等予防接種費用補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被接種者 (接種を受けた人)	氏 名	[フリガナ:]			
	生年月日	年	月	日	
	住 所	郵便番号[-]			
接種の内容	別紙のとおり				
予防接種の種類・期別		接種日	接種料金 (A)	補助限度額 (B)	交付申請額 (C=A・Bのうち少ない額)
ヒブ (3歳未満)	初回1回目		円	円	円
	初回2回目		円	円	円
	初回3回目		円	円	円
	追加		円	円	円
ヒブ(3歳以上)			円	円	円
小児の 肺炎球菌 (3歳未満)	初回1回目		円	円	円
	初回2回目		円	円	円
	初回3回目		円	円	円
	追加		円	円	円
小児の肺炎球菌(3歳以上)			円	円	円
B型肝炎	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
	3回目		円	円	円
ロタ(1価) (ロタリックス)	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
ロタ(5価) (ロタテック)	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
	3回目		円	円	円
四種混合 (3歳未満)	初回1回目		円	円	円
	初回2回目		円	円	円
	初回3回目		円	円	円
	追加		円	円	円

予防接種の種類・期別		接種日	接種料金 (A)	補助限度額 (B)	交付申請額 (C=A・Bのうち少ない額)
BCG			円	円	円
水痘 (3歳未満)	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
MR1期(1歳以上2歳未満)			円	円	円
MR2期(就学前の1年間)			円	円	円
日本脳炎 (3歳未満)	1期初回1回		円	円	円
	1期初回2回		円	円	円
	1期追加		円	円	円
日本脳炎 (3歳以上 6歳未満)	1期初回1回		円	円	円
	1期初回2回		円	円	円
	1期追加		円	円	円
日本脳炎 (6歳以上)	1期初回1回		円	円	円
	1期初回2回		円	円	円
	1期追加		円	円	円
	2期		円	円	円
二種混合2期			円	円	円
子宮頸がん	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
	3回目		円	円	円
予診のみ	3歳未満		円	円	円
	3歳以上6歳未満		円	円	円
	6歳以上		円	円	円
			円	円	円
交付申請額(合計)					円

備考 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 予診票又はその他予防接種の内容が確認できる書類(母子健康手帳の写し等)
- (2) 領収書の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

担当課 記入欄	依頼書発行番号()			(収受印)
	窓口来庁者が被接種者の親権者と異なる場合: 氏名: (続柄:) 電話番号:			
	本人確認書類(※押印省略時のみ使用) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()			
	受付者	受付方法	来庁・郵送	