

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 (印) (被接種者との続柄)

電話番号

令和 年度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
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			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:			
	受付者		受付方法 来庁・郵送・電話	