

記入例

第1号様式(第4条関係)

消えるボールペンは不可。
訂正印は申請者印と同じ印をご使用ください。

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

申請時の住所をご記入ください。

保護者の氏名をご記入ください。

住 所 茅ヶ崎市●●●1-2-3

申請者 氏 名 茅ヶ崎 花子 (被接種者との続柄 母)

申請年度をご記入ください。

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

シャチハタは不可。

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	茅ヶ崎 太郎 [フリガナ: チガサキ タロウ]			
	生年月日	●● 年 ●● 月 ●● 日			
	住 所	郵便番号 [●●●● - ●●●●] 茅ヶ崎市●●●1-2-3			
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	●●年●月●日	9,000 円	10,813 円	9,000 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	●●年●月●日	15,000 円	14,520 円	14,520 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)					
B型肝炎	1回目		円	円	
	2回目		円	円	
	3回目		円	円	
ロタ(1価) (ロタリックス)	1回目		円	円	
	2回目		円	円	
ロタ(5価) (ロタテック)	1回目		円	円	
	2回目		円	円	
	3回目		円	円	
四種混合 (3歳未満)	初回1回目		円	円	
	初回2回目		円	円	
	初回3回目		円	円	
	追加		円	円	

申請時の住所をご記入ください。

限度額表の金額をご記入ください。

(A)と(B)のうち、少ない金額をご記入ください。

予防接種の種類・期別より、申請するワクチンの種類と回数を探していただき、隣に接種日、接種料金、補助限度額をご記入ください。申請するワクチンが一覧にない場合は、空欄にご記入ください。

