

茅ヶ崎市乳幼児等予防接種費用補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

住所
申請者 氏名 印※

※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。

被接種者との続柄

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	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
	住所	〒			
接種の内容		別紙のとおり			
予防接種の種類等		接種日	予防接種に要した費用の額 (A)	補助限度額 (B)	交付申請額 (C=A・Bのうち少ない額)
ヒブ	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
小児用肺炎球菌	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
B型肝炎	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
	3回目		円	円	円
ロタウイルス感染症	1価	1回目	円	円	円
		2回目	円	円	円
	5価	1回目	円	円	円
		2回目	円	円	円
		3回目	円	円	円
5種混合	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
4種混合	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

予防接種の種類等		接種日	予防接種に要した費用の額 (A)	補助限度額 (B)	交付申請額 (C=A・Bのうち 少ない額)
3種混合	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
不活化ポリオ	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
BCG			円	円	円
水痘	1回目		円	円	円
	2回目		円	円	円
麻しん風しん混合	1期		円	円	円
	2期		円	円	円
	3期		円	円	円
	4期		円	円	円
麻しん	1期		円	円	円
	2期		円	円	円
	3期		円	円	円
	4期		円	円	円
風しん	1期		円	円	円
	2期		円	円	円
	3期		円	円	円
	4期		円	円	円
日本脳炎	1期初回1回目		円	円	円
	1期初回2回目		円	円	円
	1期追加		円	円	円
	2期		円	円	円
2種混合			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
RSウイルス感染症			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
合 計					円

備考 次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 予診票その他予防接種の内容が確認できる書類
- (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 ()	台帳確認者 ()	(收受印)		
	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"/> その他 ()					
受付者		受付方法	来庁・郵送		