

消えるボールペンは不可。

記入例

第1号様式(第4条関係)

茅ヶ崎市乳幼児等予防接種費用補助金交付申請書

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。

(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
小児用肺炎球菌	初回1回目			円
	初回2回目			円
	初回3回目	円	円	円
	追加	円	円	円
B型肝炎	1回目	円	円	円
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。		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		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
	追加				円
BCG					円
水痘	1回目				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
子宮頸がん	1回目				円
	2回目				円
	3回目		円	円	円
RSウイルス感染症			円		円
予診のみ	3歳未満		円		円
	3歳以上6歳未満		円	円	円
	6歳以上		円	円	円
合 計					円

(A) と (B) のうち、  
少ない金額をご記入ください。

助成金額 (小計) を合計した金額をご記入ください。

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)
	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;">           担当課記入欄ですので、未記入をお願いします。         </div>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	受付者	受付方法	来庁・郵送