

予防接種費用助成金申請書兼請求書

令和2年 7月 1日

鹿児島市長 殿

最後の接種日(申請する予防接種)から6か月以内であることを確認すること。

申請者(保護者)

住所 〒 890-8543

鹿児島市鴨池二丁目25-1-11

氏名 保健所 太郎

接種対象者との続柄【 父 】

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

鹿児島市予防接種費用助成金要綱第6条の規定により申請します。なお、助成金は、下記の口座に振り込んで日中、連絡が取れる電話番号を記入。

予防接種を受けた者 (接種対象者)	住所 氏名 生年月日	鹿児島市鴨池二丁目 25-1-11 保健所 花子 令和 2年 1月 1日		
予防接種の種類	接種年月日	接種費用 (自己負担分)	助成金決定額 ※所管課記入欄	
4種混合	令和 2年 5月 1日	11,210円	同時接種の場合、接種医療機関には、領収書に予防接種ごとの内訳を記載してもらい、その金額を記入。	
ヒブ	令和 2年 5月 1日	8,553円		
小児用肺炎球菌	令和 2年 5月 1日	11,858円		
BCG	令和 2年 6月 1日	8,726円		
		円		
		円	接種日が異なる予防接種であってもまとめて申請することは可能。 ※最後の接種日から6か月以内の申請に限る。	
		円		
		円		
		円		
	平成 年 月 日		円	
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義
〇〇 銀行	本店	普通	00000000	フリガナ ホケンジヨ ハナ
受任者が申請者と同じ場合は右欄は記入不要。	支店 出張所	当座		保健所 華
上記の口座に、費用に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。				
受任者(申請者と異なる場合)	住所	鹿児島市鴨池二丁目 25-1-11		
	氏名	保健所 華	印	接種対象者との続柄 母
添付書類 ※申請期限は接種後 6か月(必着)です	<input type="checkbox"/> 接種した医療機関等が発行した領収書の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し又は予防接種済証 <input type="checkbox"/> 予診票の原本又はその写し <input type="checkbox"/> 通帳の写し(銀行名・支店名・種別・口座番号・口座名義のページ)			
	認印でよい。			