

任意予防接種費用助成(受領委任払)申請書

年 月 日

(宛先) 焼津市長(指定医療機関経由)

次のとおり焼津市任意予防接種費用助成金の交付を申請します。なお、助成金の受領を下記の指定医療機関へ委任します。

【申請者記入欄】

申請者 (保護者)	住 所		
	(フリガナ) 氏 名	(署名)	
	電話番号	() - ()	
	予防接種を受けた者との続柄		
予防接種を 受けた者	(フリガナ) 氏 名		
	住 所	※必ず接種日現在の住民票の住所地を記載すること。 焼津市	
	生年月日	年 月 日 (歳) (か月)	
予防接種	接種回数	接種年月日	助成金申請額
小児インフルエンザ ワクチン (小学生以下)	不活化ワクチン (1回目)	年 月 日	☐ 1,000 円 ☐ () 円) 生活保護世帯
	不活化ワクチン (2回目)	年 月 日	☐ 1,000 円 ☐ () 円) 生活保護世帯
	経鼻生ワクチン (1回のみ)	年 月 日	☐ 2,000 円 ☐ () 円) 生活保護世帯
小児インフルエンザ ワクチン (中学生)	不活化ワクチン (1回のみ)	年 月 日	☐ 1,000 円 ☐ () 円) 生活保護世帯
	経鼻生ワクチン (1回のみ)	年 月 日	☐ 2,000 円 ☐ () 円) 生活保護世帯
おたふくかぜ ワクチン	1回目 (1歳児)	年 月 日	☐ 2,000 円 ☐ () 円) 生活保護世帯
	2回目 (年長児)	年 月 日	☐ 2,000 円 ☐ () 円) 生活保護世帯

(注)

- 1 ☐は、該当するところにレ点を付してください。
- 2 接種費用の額と助成申請額の差額を医療機関へお支払いください。
- 3 生活保護世帯の人の場合は、生活保護受給証明書を医療機関へ提出(添付)してください。接種費用の全額を助成します。

【指定医療機関記入欄】

受 任 者	接種年月日	年 月 日	
	住 所	焼津市小柳津600-1 たなか耳鼻科	
	医療機関名	田中 裕之	
	代表者名	㊟	