

様式第3号（第8条関係）

美濃加茂市予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

美濃加茂市長 伊藤 誠一 宛

申請者（保護者）

住 所 美濃加茂市

氏 名

印

電話番号

美濃加茂市予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときには、税情報等の公簿等の確認や医療機関に確認を行うことに同意します。

被接種者	住 所	美濃加茂市		
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
申請理由		<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
接種状況		裏面のとおり		
添付書類		<input type="checkbox"/> 県外医療機関の領収書の原本 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳または予防接種済証 <input type="checkbox"/> 予防接種予診票又はその写し		
振込先	金融機関名 支店名	銀行・組合・金庫 金融機関コード ( )		本店・支店 支店番号 ( )
	預金種別	普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人 (申請者)			

申請要件 確認事項	1. 被接種者及び保護者の住民登録が、予防接種日及び本助成金交付申請日の両日において美濃加茂市にある	ある ・ なし
	2. 接種日の翌日から起算して1年以内の申請である	はい ・ いいえ
	3. 市収納金納付状況において未納の有無	ある ・ なし

裏面にも記入欄があります。

【接種状況】

接種医療機関名	
---------	--

予防接種の種類		接種年月日	支払額	*市事務処理欄・助成額
ヒブ	1回目	年 月 日	円	円× 回 _____ 円
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
	追加	年 月 日	円	
小児用肺炎球菌	1回目	年 月 日	円	円× 回 _____ 円
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
	追加	年 月 日	円	
B型肝炎	1回目	年 月 日	円	円× 回 _____ 円
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
四種混合 〔百日せき ジフテリア 破傷風 ポリオ〕	1回目	年 月 日	円	円× 回 _____ 円
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
	追加	年 月 日	円	
BCG		年 月 日	円	_____ 円
麻しん 風しん	1期	年 月 日	円	円× 回 _____ 円
	2期	年 月 日	円	
水痘	1回目	年 月 日	円	円× 回 _____ 円
	2回目	年 月 日	円	
日本脳炎	1回目	年 月 日	円	円× 回 _____ 円
	2回目	年 月 日	円	
	追加	年 月 日	円	
	2期	年 月 日	円	
二種混合 (DT) 〔ジフテリア 破傷風〕	2期	年 月 日	円	_____ 円
子宮頸がん	1回目	年 月 日	円	円× 回 _____ 円
	2回目	年 月 日	円	
	3回目	年 月 日	円	
助成決定額計（市が記入）				_____ 円