

様式第1号(第5条関係)

隠岐の島町定期予防接種費用助成金交付申請書

平成 年 月 日

隠岐の島町長 様

申請者 住 所 隠岐の島町

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

隠岐の島町定期予防接種費用助成金の交付を受けたいので、隠岐の島町定期予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請金額 金 円

被接種者	住 所	隠岐の島町		
	ふりがな		男・女	生年月日
氏 名		H 年 月 日 (歳 か月)		
	実施医療機関名 住所・電話番号 接種医師名			
	定期予防接種名	【ワクチンの種類】 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ		
	接種年月日	平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日		

(注1) 接種医療機関名・接種日・予防接種の種類が明記された領収書・母子手帳を添付して下さい。

(注2) 助成金交付が受けられる範囲は、定期予防接種に該当する年齢とします。

(注3) 助成金交付申請は、接種日から起算して2か月以内です。