

請求日 令和 年 月 日

## 大和高田市乳幼児定期予防接種助成金申請書兼請求書(県外用)

大和高田市定期予防接種費用助成要綱第6条の規定により、定期予防接種に要した費用についての助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者が法定代理人(保護者)以外の代理人である場合は、以下の「委任状」に記入してください。

申請者(被接種者)	保護者氏名	印
	被接種者氏名	
	被接種者住所	大和高田市
	被接種者生年月日	令和 年 月 日(満 歳)
	連絡先電話番号	
	助成対象となる定期予防接種の詳細	裏面「定期予防接種の詳細」に記載
	添付書類	<input type="checkbox"/> 予診票(保健センター用) <input type="checkbox"/> 予防接種に係る領収書の原本又は原本の写し

助成金の交付が決定したときは、裏面に記載された交付決定額を請求しますので、以下の口座に振り込んでください。

振込先は次のとおり指定します。

振込口座	金融機関名		支店名	
	口座の種別	普通・当座・その他	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

## 委任状

大和高田市長 殿

委任者(保護者)氏名 \_\_\_\_\_ 印(自署)

私は、以下の者を代理人と定め、大和高田市定期予防接種費用助成要綱の規定により助成金の申請その他助成金の交付手続及び交付の決定を受けた助成金の受領に係る権限を委任します。

代理人(受任者)氏名 \_\_\_\_\_

委任者(被接種者)との関係(続柄) \_\_\_\_\_

定期予防接種の詳細						
予防接種の種類		接種日	助成金の額			
			接種に要した費用(実費)	決定額(市記入欄)※		
ジフテリア、百日せき、破傷風、Hib感染症(ヒブ)、急性灰白髄炎(ポリオ)	2種混合		令和 年 月 日	円	円	
	3種混合		令和 年 月 日	円	円	
	4種・5種混合	1回目		令和 年 月 日	円	円
		2回目		令和 年 月 日	円	円
		3回目		令和 年 月 日	円	円
		追加		令和 年 月 日	円	円
	ヒブ	1回目		令和 年 月 日	円	円
		2回目		令和 年 月 日	円	円
		3回目		令和 年 月 日	円	円
		追加		令和 年 月 日	円	円
	ポリオ	1回目		令和 年 月 日	円	円
		2回目		令和 年 月 日	円	円
		3回目		令和 年 月 日	円	円
追加			令和 年 月 日	円	円	
麻しん、風しん	麻しん風しんMR	1期	令和 年 月 日	円	円	
		2期	令和 年 月 日	円	円	
日本脳炎	1期1回目		令和 年 月 日	円	円	
	1期2回目		令和 年 月 日	円	円	
	1期追加		令和 年 月 日	円	円	
	2期		令和 年 月 日	円	円	
結核	BCG		令和 年 月 日	円	円	
肺炎球菌感染症(小児がかかるものに限る。)	1回目		令和 年 月 日	円	円	
	2回目		令和 年 月 日	円	円	
	3回目		令和 年 月 日	円	円	
	追加		令和 年 月 日	円	円	
ヒトパピローマウイルス感染症(HPV)	1回目		令和 年 月 日	円	円	
	2回目		令和 年 月 日	円	円	
	3回目		令和 年 月 日	円	円	
水痘	1回目		令和 年 月 日	円	円	
	2回目		令和 年 月 日	円	円	
B型肝炎	1回目		令和 年 月 日	円	円	
	2回目		令和 年 月 日	円	円	
	3回目		令和 年 月 日	円	円	
ロタウイルス感染症	1回目		令和 年 月 日	円	円	
	2回目		令和 年 月 日	円	円	
	3回目		令和 年 月 日	円	円	
交付決定額					円	

## 医療機関証明欄(接種した医療機関が必ず記入してください)

領収書の発行が困難であり、当該証明欄に記名押印がある場合は領収書の添付を省略できます。

以上のおとり「定期予防接種の詳細」に記載された接種日において、助成対象となる定期予防接種を実施したことを証明します。

証明日 令和 年 月 日

所在地

医療機関の名称

代表者名

印

電話番号