

申請日 令和 年 月 日

大和高田市長 殿

大和高田市乳幼児等定期接種助成金交付申請書兼請求書(県外等用)

大和高田市予防接種事業実施要綱の規定により、県外等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。なお、被接種者本人以外が申請する場合(保護者及び法定代理人が申請する場合を除く。)は、以下の「委任状」に記入してください。

申請者兼請求者	申請者兼請求者(保護者)氏名	印
	被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	被接種者住所	大和高田市
	被接種者生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日(満 歳)
	連絡先電話番号	※日中連絡がつきやすい電話番号を記入してください。
	助成対象となる定期接種の詳細	裏面「定期接種の詳細」に記載
	添付書類	<input type="checkbox"/> 予診票 <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。

※口座名義人は可能な限り被接種者本人又は本人から委任を受けた代理人の氏名と一致させるようにしてください。

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(被接種者又は保護者)氏名 \_\_\_\_\_ 印(自署)

私は、以下の者を代理人と定め、大和高田市予防接種事業実施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請求及び受領に係る権限を委任します。

代理人(受任者)氏名 \_\_\_\_\_

委任者(被接種者又は保護者)との関係(続柄) \_\_\_\_\_

行政書士又は行政書士法人でない者が被接種者本人から依頼を受け、いかなる名目によるかを問わず報酬を得て、業として申請を代理することは、行政書士法の規定により禁止されています(申請書を本人に代わって持参する使者である場合は該当しません)

(裏)

定期接種の詳細(医療機関が記入してください)						
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混合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	
RSウイルス感染症		1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。  
 以上のとおり「定期接種の詳細」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

電話番号

印