別記様式１（第4条関係）

予 防 接 種 費 助 成 申 請 書 兼 請 求 書

予防接種を受けた者	住　所	那珂川町		
	ふりがな			
	氏　名			
	生年月日	年　　月　　日		
	電話番号			
予防接種を受けた日	１回目	２回目	３回目	
	年　月　日	年　月　日	年　月　日	
予 防 接 種 の 種 類 （接種を受けたものに○をつける）	ロタウイルス感染症 ・ヒブ ・ 小児用肺炎球菌 ・ Ｂ型肝炎 五種混合 ・ 四種混合 ・ 三種混合 ・ 二種混合 ・ ポリオ ＢＣＧ ・ 麻しん風しん ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ 子宮頸がん			
医 療 機 関 及 び 医 師				
予防接種に要した金額	１回目	２回目	３回目	合　計
	円	円	円	円
振 込 金 融 機 関	（　　　　　　）　銀行・農協・信組　　　　支店			
ふ　り　が　な				
口　座　名　義	（被接種者・児にあっては保護者）			
口　座　種　別	普通　　　当座			
口　座　番　号				

◎　予防接種予診票・領収書・母子手帳のコピーを添付して下さい。

◎　接種後６０日以内に子育て支援課窓口まで提出してください。

上記のとおり予防接種を受けたので、助成金を支給されたく請求いたします。

年　　月　　日

那珂川町長　　　様

被接種者・保護者名　　　　　　　　㊞

（町記入）

助 成 決 定 額	円