様式第３号（第６条関係）

　　　年　　月　　日

舟橋村長 様

　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　 　印

　　　（連絡先）

**舟橋村予防接種費用助成金交付申請書兼請求書**

舟橋村定期予防接種費用助成実施要綱第６条の規定により申請するとともに、当該予防接種に要した費用を請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　　所 | 　 |
| 氏　　名 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 保護者氏名 | 　 |
| 請求金額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請内訳は、下記のとおりです。 |
| 種別 | 接種回数(回） | 実施費用額（円） | 補助額(円) |
| 定期予防接種 | ロタ１価 |  |  | 　 |
| ロタ５価 |  |  | 　 |
| ヒブ（Hib） |  |  | 　 |
| 小児肺炎球菌 |  |  | 　 |
| B型肝炎 |  |  |  |
| 四種混合 |  |  | 　 |
| 五種混合 |  |  |  |
| BCG |  |  |  |
| 麻しん・風しん |  |  |  |
| 水痘 |  |  |  |
| 日本脳炎（1期） |  |  |  |
| 日本脳炎（2期） |  |  |  |
| 二種混合 |  |  |  |
| 子宮頸がん予防（HPV） |  |  |  |
| 合計 | 　 |  | 　 |  |

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 　銀行信用金庫　　　　　店　農協 | 口座種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 | フリガナ |
|  |

※添付書類　□接種した医療機関等の領収証（定期予防接種を受けたことが分かるものに限る）

同意書

□母子健康手帳の写し