

(宛先) 焼津市長 (指定医療機関経由)

次のとおり焼津市任意予防接種費用助成金の交付を申請します。なお、助成金の受領を下記の指定医療機関へ委任します。

【申請者記入欄】

申請者 (保護者)	住 所		
	(フリガナ) 氏 名	(署名又は記名押印)	
	電話番号	()	-
	予防接種を受けた者との続柄		
予防接種を 受けた者	(フリガナ) 氏 名		
	住 所	※必ず接種日現在の住民票の住所地を記載すること。 焼津市	
	生年月日	年 月 日	(歳) (か月)
	対象区分	※接種現在 乳幼児 ・ 小学生 ・ 中学生	
予防接種	接種回数	接種年月日	助成金申請額
小児インフルエンザワクチン	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1,000 円 <input type="checkbox"/> (円) 生活保護世帯
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1,000 円 <input type="checkbox"/> (円) 生活保護世帯
おたふくかぜワクチン	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2,000 円 <input type="checkbox"/> (円) 生活保護世帯
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 2,000 円 <input type="checkbox"/> (円) 生活保護世帯

(注)

- 1 は、該当するところにレ点を付してください。
- 2 接種費用の額と助成申請額の差額を医療機関へお支払いください。
- 3 生活保護世帯の人の場合は、生活保護受給証明書を医療機関へ提出 (添付) してください。接種費用の全額を助成します。

【指定医療機関記入欄】

受 任 者	接種年月日	年 月 日
	住 所	〒426-0033 静岡県藤枝市小石川町1-7-20
	医療機関名	医療法人社団 安誠会 みやはら内科クリニック
	代表者名	宮原健夫 ㊞

TEL054-647-5670 FAX054-647-5671