

様式第1号（第5条関係）

定期予防接種再接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

常陸大宮市長 様

申請者住所 常陸大宮市
 （被接種者が（フリガナ）
 未成年者である氏名
 ときは保護被接種者との関係
 者） 電話番号

定期予防接種再接種費助成金の交付を受けたいので、常陸大宮市定期予防接種再接種費助成金交付要綱第5条の規定により次のとおり申請します。なお、交付決定を受けたときは、当該助成金について請求しますので、指定口座に振り込んでください。

1 申請内容

被接種者	住所	常陸大宮市			
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日（歳 か月）	性別
再接種を受ける理由					
予防接種	種類				
	接種日				
接種医療機関	名称				
	所在地				
	電話番号				
助成金申請額					円

2 助成金申請額内訳

予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った額)	常陸大宮市記入欄	
			助成上限額②	助成額 (①と②で少ない方の額)
			交付額	

※太枠内には記入しないでください。

3 振込口座

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金 種別	当座 普通
口座番号				
フリガナ				
口座名義				

4 添付書類

- (1) 予防接種再接種費助成に関する理由書 (様式第2号)
- (2) 骨髄移植等の実施以前に受けた定期予防接種及び再接種の履歴が確認できるもの (親子 (母子) 健康手帳の写し等)
- (3) 領収書等の再接種に要した費用の支払いが確認できる書類