

守山市定期予防接種助成金請求書

令和●年●月●日

見本

長あて

申請者 住所：守山市●●町××番地
氏名：守山 花子 被接種者との続柄（本人）
電話番号：090-●●●●-●●●●

※申請者本人確認（市担当課記入欄）：

 運 こちらは記入しない その他（ ）

個人情報保護に関する説明を読み、同意した上で、下記のとおり守山市定期予防接種助成金を請求します。

被接種者	住所	守山市●●町××番地			
	氏名	守山 花子			
	生年月日	平成●年●月●日			
接種機関	名称	ABC 産婦人科			
	所在地	●●県××市××町●●番地			
請求額		29,766 円			
接種費用 内 訳	B型肝炎	1回目	年 月 日	円	
		2回目	年 月 日	円	
		3回目	年 月 日	円	
	ロタ	ロタリックス	1回目	年 月 日	円
			2回目	年 月 日	円
		ロタテック	1回目	年 月 日	円
			2回目	年 月 日	円
			3回目	年 月 日	円
	BCG				
	小児の肺炎球菌 感染症	1回目	年 月 日	円	
2回目		年 月 日	円		
3回目		年 月 日	円		
五種混合	1回目	年 月 日	円		
	2回目	年 月 日	円		
	3回目	年 月 日	円		
RSウイルス感染症		令和●年 ●月 ●日	29,766 円		
		1回目	年 月 日	円	
		2回目	年 月 日	円	
		3回目	年 月 日	円	
振込先 金融機関	ABC	銀行・農協 金庫・信用組合	●●	本店 支店 支所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	1234567	
	フリガナ	モリヤマ ハナコ			
	口座名義人	守山 花子			

予防接種を受けた人の
情報を記入予防接種を医療機関
の情報を記入

内訳の額を記入

・接種日を記入
・請求額(内訳)を記入
「実際に支払った額」と「上限額 29,766 円」の
いずれか少ない方の額を記入
※見本は実際支払額が 30,000 円の場合、
上限額 29,766 円のため、請求額 29,766 円となる

振込み口座の
情報を記入

※必要書類

医療機関発行の領収書の写し、母子健康手帳の写し
接種済証明書等の写し（母子健康手帳に接種記録がない場合）