

第3号様式（第4条）（表）

府中市定期予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

府中市長

定期予防接種費用助成金の交付を受けたいので、府中市定期予防接種費用助成要綱第4条第3項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、定期予防接種費用助成金の交付に当たり、市が住民基本台帳等の公簿を確認すること及び市が医療機関から定期予防接種の内容を確認することに同意します。

申請者 (被接種者又はその保護者(被接種者が未成年の場合に限る。))	フリカゝナ 氏名		被接種者 との続柄	
	住所	〒 (電話番号) — —		
被接種者	フリカゝナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
接種医療機関①	名称			
	所在地	〒		
	電話番号	— —		
接種医療機関②	名称			
	所在地	〒		
	電話番号	— —		

※ 裏面も記入してください。

受付印	受付者

第3号様式（裏）

定期予防接種費用助成金の交付を申請する被接種者が受けた予防接種について、回数欄の該当する回数に○印を付けた上で、接種年月日及び接種医療機関名を記入してください。

予防接種の種類	回数		接種年月日	接種医療機関名	実際の支払額	助成金額	
H i b 感染症ワクチン	初回	1	年 月 日		円	円	
		2	年 月 日		円	円	
		3	年 月 日		円	円	
	追加		年 月 日		円	円	
小児用肺炎球菌感染症ワクチン	初回	1	年 月 日		円	円	
		2	年 月 日		円	円	
		3	年 月 日		円	円	
	追加		年 月 日		円	円	
B型肝炎ワクチン	初回	1	年 月 日		円	円	
		2	年 月 日		円	円	
	追加		年 月 日		円	円	
ロタウイルスワクチン	ロタリックス・ロタテック	1	年 月 日		円	円	
	ロタリックス・ロタテック	2	年 月 日		円	円	
	ロタリックス・ロタテック	3	年 月 日		円	円	
DPT-I PV (4種混合ワクチン)	第1期	初回	1	年 月 日		円	円
			2	年 月 日		円	円
			3	年 月 日		円	円
	追加		年 月 日		円	円	
BCGワクチン			年 月 日		円	円	
DPT (3種混合ワクチン)	第1期	初回	1	年 月 日		円	円
			2	年 月 日		円	円
			3	年 月 日		円	円
	追加		年 月 日		円	円	
不活化ポリオワクチン	第1期	初回	1	年 月 日		円	円
			2	年 月 日		円	円
			3	年 月 日		円	円
	追加		年 月 日		円	円	
水痘ワクチン	1		年 月 日		円	円	
	2		年 月 日		円	円	
MR (麻しん・風しん)	第1期		年 月 日		円	円	
	第2期		年 月 日		円	円	
麻しんワクチン	第1期		年 月 日		円	円	
	第2期		年 月 日		円	円	
風しんワクチン	第1期		年 月 日		円	円	
	第2期		年 月 日		円	円	
日本脳炎ワクチン	第1期	初回	1	年 月 日		円	円
			2	年 月 日		円	円
		追加		年 月 日		円	円
	第2期		年 月 日		円	円	
DT (2種混合ワクチン)			第2期	年 月 日		円	円
HPV感染症ワクチン	サーバリックス・ガーダシル・シルガード9	1	年 月 日		円	円	
	サーバリックス・ガーダシル・シルガード9	2	年 月 日		円	円	
	サーバリックス・ガーダシル・シルガード9	3	年 月 日		円	円	
合 計						円	

※ 太枠内にもみ記入してください。