

第3号様式（その4）（第6条関係）

任意予防接種費用助成（償還払）申請書

年 月 日

（宛先）焼津市長

住 所
氏 名 ⑩
電話番号（ ） —

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。

【申請者記入欄】

申請者 (保護者)	住所			
	(フリガナ) 氏名	(署名)		
	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	住 所	※必ず接種日現在の住民票の住所を記載すること。 焼津市		
	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	電話番号	() —		
予防接種名	接種回数	接種年月日	接種費用	限度額
男性HPVワクチン	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> (円)男性HPVワクチン <input type="checkbox"/> (円)生活保護世帯	8,000円 なし
	2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> (円)男性HPVワクチン <input type="checkbox"/> (円)生活保護世帯	8,000円 なし
	3回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> (円)男性HPVワクチン <input type="checkbox"/> (円)生活保護世帯	8,000円 なし
助成金申請額				円

※ □は、該当するところにレ点を付してください。助成金申請額は、接種費用と限度額を比較し少ない金額になります。

【振込先口座】

	銀行・信用金庫・ 農協・()		支店	口座種別	普通・当座 その他 ()
口座番号		(フリガナ) 口座名義人			

(注)

- この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 医療機関が発行した接種費用の領収書
 - (2) 予防接種済証、予診票（被接種者控え）その他接種をした医療機関が予防接種の種類及び接種日を記録した書類で被接種者が分かるもの又はその写し
 - (3) 生活保護世帯に属している者である場合は、生活保護受給証明書又はその写し
- 2 助成金の申請をすることができる期間は、接種を受けた日から1年間です。