

宗像市予防接種費用助成金交付申請書兼請求書(委託外接種分等)

年 月 日

宗像市長あて

予防接種費用助成金について、下記のとおり申請、請求します。

※太枠内をご記入ください。

申請(請求)者	住 所	〒811- 宗像市		
	氏 名	保 護 者		
		被接種者(お子さん)		
	生年月日(保護者)	昭・平	年	月
電話番号				

予防接種の種類	接種年度における 予防接種費用助成金の上限額 [1件あたりの上限額] (ア)	自己負担額 [1件あたりの単価] (イ)	件数	予防接種費用 助成(請求)額 [(ア)と(イ)の少ない方の額× 件数]
ロタ 1価 (ロタリックス)		円	件	円
ロタ 5価 (ロタテック)		円	件	円
B型肝炎		円	件	円
ヒブ(Hib)		円	件	円
小児用肺炎球菌		円	件	円
五種混合		円	件	円
四種混合		円	件	円
三種混合		円	件	円
二種混合		円	件	円
不活化ポリオ		円	件	円
BCG		円	件	円
麻しん風しん混合 (MR)		円	件	円
水痘		円	件	円
日本脳炎		円	件	円
子宮頸がん2価・4価 (サーバリックス・ガーダシル)		円	件	円
子宮頸がん9価 (シルガード)		円	件	円
おたふくかぜ		円	件	円
		計	件	円

振込先口座 (振込先口座は申請者名義の口座をご記入ください)

金融機関名			銀行 農協 金庫	支店 支所 出張所
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号	
ふりがな				
口座名義				