

かほく市任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

かほく市長

かほく市任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、かほく市任意予防接種費用助成金交付要綱の規定に基づき、本申請の審査に必要な住民情報等市長が調査することに同意し、次のとおり申請します。

（ 申 請 者 ）	住 所	かほく市												
	フリガナ				続柄			電話番号						
	氏 名													
	(署名又は記名押印)													
被 接 種 者 （ 接 種 を 受 け た 方 ）	住 所	かほく市 <small>※申請者と同じ住所の場合は記入不要</small>												
	フリガナ				生年 月日			年		月		日		
	氏 名													
	申請するワクチン						接種日							
	成人用肺炎球菌(13価)	<small>※65歳以上の方</small>			<input type="checkbox"/>	/				年		月		日
	インフルエンザ	<small>※2回目は13歳未満</small>			<input type="checkbox"/>	1回目				年		月		日
					<input type="checkbox"/>	2回目				年		月		日
	おたふくかぜ	<small>※2回目は年長児</small>			<input type="checkbox"/>	1回目				年		月		日
					<input type="checkbox"/>	2回目				年		月		日
	B型肝炎	<small>※H28. 3. 31以前に生まれた方</small>			<input type="checkbox"/>	1回目				年		月		日
					<input type="checkbox"/>	2回目				年		月		日
					<input type="checkbox"/>	3回目				年		月		日
	不活化ポリオ				<input type="checkbox"/>	/				年		月		日
	風しん				<input type="checkbox"/>	(風しん単独)				年		月		日
					<input type="checkbox"/>	(風しん麻しん)				年		月		日
帯状疱疹	ビケン(生ワクチン)			<input type="checkbox"/>	1回目				年		月		日	
	シングリックス			<input type="checkbox"/>	1回目				年		月		日	
	(不活化ワクチン)			<input type="checkbox"/>	2回目				年		月		日	
助成金申請 (請求)額							金							円

助 成 金 振 込 口 座	<input type="checkbox"/>	① 届出済の子ども医療費助成金の振込口座 ※口座記入不要										
	<input type="checkbox"/>	② 下記の振込口座 ※振込口座【申請者名義の口座】を記入してください。※左詰め										
	金融 機関	銀行 信用金庫 農協			支店名			口座 番号				
		/			/		預金 種別	普通				
口座 名義	(セイ)					(メイ)						