

様式第3号(第5条関係)

定期予防接種助成金交付申請(請求)書

年 月 日

豊後大野市長 様

住 所 豊後大野市
申請(請求)者 氏 名 (印)
電話番号
対象者との続柄

次のとおり定期予防接種を受けたので、助成金の交付を申請(請求)します。

【申請(請求)者記入欄】

対 象 者	住 所	豊後大野市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日(歳)
予 防 接 種 名	1 五種混合 2 三種混合 3 二種混合 4 ポリオ 5 風しん 6 MR混合 7 日本脳炎 8 BCG 9 ヒブ 10 小児用肺炎球菌 11 子宮頸がん予防 12 水痘 13 B型肝炎 14 ロタウイルス 15 RSウイルス	
接種医療機関名		
接 種 年 月 日	年 月 日	
接 種 料 金	円	

【豊後大野市記入欄】

助成対象額	円	助成金交付決定額	円
-------	---	----------	---

※添付するもの

- (1) 医療機関が発行する領収書
- (2) 予防接種済証又は予診票
- (3) 振込依頼書