

池田市定期予防接種再接種費用補助金交付申請書

（宛先）池田市長

申請者（保護者）氏名

印

下記のとおり、定期予防接種の再接種を受けましたので、必要書類を添えて、補助金の交付を申請します。

被 接 種 者	(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
			電話番号	() -
	住所	〒 -		
通知書等送付先				
接種種目	①ロタウイルス ②B型肝炎 ③ヒブ ④小児用肺炎球菌 ⑤4種混合 ⑥BCG ⑦麻しん風しん混合(MR) ⑧麻しん ⑨風しん ⑩水痘 ⑪日本脳炎 ⑫2種混合 ⑬ポリオ ⑭子宮頸がん			
種目番号	接種日(接種時年齢)	接種料金		
	年 月 日 (歳 か月)	円		
	年 月 日 (歳 か月)	円		
	年 月 日 (歳 か月)	円		
	年 月 日 (歳 か月)	円		
	年 月 日 (歳 か月)	円		
	年 月 日 (歳 か月)	円		
	年 月 日 (歳 か月)	円		
	年 月 日 (歳 か月)	円		
	年 月 日 (歳 か月)	円		
	年 月 日 (歳 か月)	円		
補助金申請額		円		
接 種 医 療 機 関	名称			
	所在地			
	電話番号	() -		

[必要書類]

- ①主治医意見書（様式第2号）
 - ②医療機関が発行した再接種の費用に係る領収書
 - ③母子健康手帳又は予防接種予診票等移植前に定期予防接種を受けたことが確認できるもの
- ※申請内容について医療機関に確認させていただくことがあります。

[申請方法]

この書類と必要書類を健康増進課へご提出ください。