

記入例

〇〇年〇〇月〇〇日

予防接種費用助成金申請書

立川市長 殿

<申請者> 住所 立川市高松町3-22-9

氏名 立川 太郎 印

電話番号 042-527-3272

被接種者との続柄 父

※自署の場合は、押印を省略することができます

予防接種費用の助成金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

請求金額	27,560 円 (予防接種費用助成金申請添付書の合計金額と一致すること)		
被接種者	住所	〒191-0011 立川市高松町3-22-9	
	フリガナ	タチカワ イチロウ	生年月日
	氏名	立川 一郎	令和4年 2月 28日
振込先 金融機関	〇×銀行	支店	立川 本店 支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ	タチカワ タロウ	1234567	
名義人	立川 太郎		

添付書類

- 接種記録の記載されたものの写し（接種済証又は母子健康手帳の当該予防接種の記録が載っている箇所の写し）
- 領収書（※予防接種の種類別にわかる領収書の写し）
- 予防接種の予診票又は問診票
- 予防接種費用助成金申請添付書
- その他市長が必要と認める書類

※必ず接種日から1年以内に提出してください。

※振込口座は、申請者本人の名義のものに限ります。

記入例

予防接種費用助成金申請添付書

※それぞれの接種日から1年以内に申請してください。

被接種者	フリガナ	タチカワ イチロウ	生年月日	令和4年 2月 28日	
	氏名	立川 一郎			
予防接種の種類	種目 (回数)	接種日	医療機関名	接種費用 (領収書記載額)	申請額
	B型肝炎 (1 回目)	令和4年 4月 28日	〇〇△△クリニック	6,500円	6,500円
	Hib (1 回目)	令和4年 4月 28日	〇〇△△クリニック	7,500	7,500
	小児用肺炎球菌 (1 回目)	令和4年 4月 28日	〇〇△△クリニック	15,000	13,560
	(回目)	年 月 日			
	(回目)	年 月 日			
	(回目)	年 月 日			
	(回目)	年 月 日			
	(回目)	年 月 日			
	(回目)	年 月 日			
	(回目)	年 月 日			
合計金額				27,560円	

領収書記載額と別紙上限額の少ない方を記入してください。