

様式第1号（第6条関係）

大山町定期予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

大山町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

申請者が自署する場合には押印省略可

(電話番号)

大山町定期予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

接 種 者	住 所	
	氏 名	(申請者との続柄：)
	生年月日	
申請する予防接種の種類に○をつけてください。	<input type="checkbox"/> ヒブ予防接種 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> B型肝炎予防接種 <input type="checkbox"/> 百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合予防接種（四種混合） <input type="checkbox"/> 結核予防接種（BCG） <input type="checkbox"/> 水痘予防接種 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合予防接種（第1期・第2期） <input type="checkbox"/> 日本脳炎予防接種（6歳未満・6歳以上） <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症予防接種 <input type="checkbox"/> 二種混合予防接種 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防接種	
予 防 接 種 に 要 した費用の総額		円
申 請 額		円
申 請 理 由		
実施医療機関	接種日	年 月 日

※助成金の額は、西部町村会が公益社団法人鳥取県西部医師会と締結した乳幼児予防接種等実施委託契約書に基づく単価を上限とする。

町確認欄

- 領収書の写し 接種済証又は母子健康手帳の写し 債権者登録
 住民税非課税世帯 生活保護世帯