

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	大山町
	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"/> 不活化ポリオ予防接種 <input type="checkbox"/> 百日せきジフテリア破傷風混合予防接種（三種混合） <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"/> 百日せきジフテリア破傷風急性灰白髄炎ヒブ混合 予防接種（五種混合） <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"/> 二種混合予防接種 <input type="checkbox"/> 五種混合予防接種 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防接種 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症予防接種 <input type="checkbox"/> RSウイルス母子免疫ワクチン予防接種	
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	

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