

帯広市定期予防接種費用助成金交付申請書

令和 4 年 4 月 1 日

(あて先) 帯広市長 米沢 則寿 様

(申請者)

〒 080-0808
住 所 帯広市 東8条南13丁目1番地

フリガナ オビヒロ ハナコ

氏 名 帯 広 花 子

電話番号 0155-25-9720

下記のとおり、帯広市定期予防接種費用助成金の交付を申請します。
なお、支給額の決定のための受診医療機関への照会について同意します。

申請額 _____ 円
※助成申請額合計(市が記入します)

※記入しないでください

被 接 種 者	フリガナ	オビヒロ ケンタ	生年月日	令和 3 年 10 月 15 日
	氏 名	帯 広 健 太		
	住 所	〒 080-0808 帯広市 東8条南13丁目1番地		
理 由	<p>該当項目に○をつけてください。 ※必要に応じて () に理由等を記載してください。</p> <p>1 <input checked="" type="radio"/> 保護者の出産に伴う里帰りのため 対象者が生後6か月以上の場合はその理由 □兄弟児 □多胎児 □その他 ()</p> <p>2 DV等による家庭の事情のため (具体的に:)</p> <p>3 被接種者、保護者または兄弟児等の長期療養(入院・入所等)のため (具体的に:)</p> <p>4 その他 (具体的に:)</p>			
助成金交付決定通知書の送付先 ※住民票以外の住所に送付を希望する場合のみご記入ください				
〒				

予防接種名	回数	接種年月日	接種費用(A)	※市が記入します	
				助成上限額(B)	助成申請額 (A)と(B)の少ない額
ヒブ	1	令和3年12月15日	9,137円	円	円
小児用肺炎球菌	1	令和3年12月15日	12,503円	円	円
B型肝炎	1	令和3年12月15日	6,783円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
		年 月 日	円	円	円
				助成申請額合計	円

当該ワクチンについて、何回目の接種かを記載してください。