

様式3 (第5条関係)

予防接種費用負担軽減助成費交付申請書

令和 年 月 日

大治町長 殿

住 所 大治町大字

申請者氏名

電話番号 ( ) -

大治町予防接種費用負担軽減助成費を申請します。

フリガナ 接種対象者 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)		
予防接種の 種類	ヒブ (1 2 3 追加)	子宮頸がん予防 (1 2 3)	
	小児用肺炎球菌 (1 2 3 追加)	ポリオ (1 2 3 追加)	
	B型肝炎 (1 2 3)	2種混合	
	4種混合 (1 2 3 追加)	3種混合 (1 2 3 追加)	
	ロタ (1 2 3)	麻しん (1期 2期 3期 4期)	
	BCG	風しん (1期 2期 3期 4期)	
	麻しん及び風しん (MR混合) (1期 2期 3期 4期)	高齢者インフルエンザ	
	水痘 (1 2)	高齢者肺炎球菌	
日本脳炎 (1 2 追加 2期)			
請求金額	金 円		

同意書

私は、助成費の申請にあたり、下記の事項について照会、確認されることに同意します。

- 1 予防接種について、医療機関へ照会すること。
- 2 予防接種日において、大治町に住民基本台帳を有するか確認すること。

令和 年 月 日 氏名

※私とは、接種対象者、若しくは保護者（親権を行う者、未成年後見人又はその他の者で現に接種対象者を養育しているものをいう。）をいう。