

記入例

委託医療機関外定期予防接種費助成申請書

令和〇年 〇月 〇日

(あて先)成田市長

定期予防接種に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	ナリタ タロウ		被接種者との続柄	父
	氏名	成田 太郎			
	住所	成田市花崎町760番地			
	電話番号	080-0000-0000			
被接種者	フリガナ	ナリタ ハナコ		生年月日	令和〇年 〇月 〇日
	氏名	成田 花子		年齢	〇 歳
	住所	同上			
予防接種	接種日	ワクチンの種	メーカー	ロット N O .	定期予防接種に要した費用
	令和〇年 〇月 〇日	ロタウイルス[ロタリックス](2回)			円
	令和〇年 〇月 〇日	インフルエンザ 菌b型(2回)			円
	令和〇年 〇月 〇日	小児肺炎球菌(2回)			円
	令和〇年 〇月 〇日	B型肝炎(2回)			円
	令和〇年 〇月 〇日	四種混合(第1期1回)			円
	令和〇年 〇月 〇日	インフルエンザ 菌b型(3回)			円
	令和〇年 〇月 〇日	小児肺炎球菌(3回)			円
	令和〇年 〇月 〇日	四種混合(2回)			円
	令和〇年 〇月 〇日	四種混合(3回)			円
	令和〇年 〇月 〇日	BCG			円
令和〇年 〇月 〇日	B型肝炎(3回)			円	
助成申請額					円
接種医療機関	名称	〇〇クリニック			
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号			
	電話番号	000-000-0000			

振 込 先	金融機関名	うなり	銀行・農協 信用金庫
		成田	本店・支店 支所
	口座種別	普通	・ 当座
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ	ナリタ タロウ	
	口座名義人	成田 太郎	

申請者と同じ