

東広島市予防接種費助成申請（請求）書

年 月 日

東広島市長 様

申請（請求）者 住所

氏名

電話番号（ ） -

被接種者との続柄（ ）

東広島市予防接種費助成要綱第7条の規定により、次のとおり接種費用の助成について、関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、支給の可否の決定の際に、住民基本台帳により世帯の状況を確認することについて承諾します。

フリガナ	生 年 月 日			
被接種者氏名	年 月 日			
接 種 項 目		接種日	接種費用	市基準額
	ジフテリア・百日せき・急性灰白髄炎（ポリオ）・破傷風			10,710円
	ジフテリア・百日せき・破傷風			5,210円
	ジフテリア・破傷風			4,990円
	麻しん・風しん			10,210円
	麻しん			6,640円
	風しん			6,660円
	水痘			8,510円
	日本脳炎			7,130円
	B C G			9,060円
	急性灰白髄炎（ポリオ）			9,570円
	ヒトパピローマウイルス感染症			16,760円
	ヘモフィルスインフルエンザ b 型			8,120円
	小児用肺炎球菌			11,480円
	B 型肝炎			5,740円
経口弱毒性生ヒトロタウイルスワクチン（1 価：ロタリックス）			14,390円	
五価経口弱毒性ロタウイルスワクチン（5 価：ロタテック）			9,510円	

振込先

金融機関名 店舗名	銀行・金庫 農協・組合				支店・本店 支所・出張所			
預金種別 口座番号	普通・当座							※ 右詰めで記入すること。
フリガナ								
口座名義人								

委任状			
私は、次の者を代理人と定め、接種費用の助成の申請（請求）及び受給を委任します。			
年 月 日			
氏 名 <span style="float: right;">④</span>			
代理人	住 所		電話番号 ( ) -
	フリガナ		申請（請求）者との続柄
	氏 名		生年月日 年 月 日

注 申請（請求）者以外の者を代理人（同一の世帯員、法定代理人等に限る。）として申請（請求）及び受給する場合に記入すること。

添付書類
1 予診票の写し
2 領収書（予防接種名、被接種者氏名、接種日及び接種費用が明記された原本に限る。）