

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・ヒブ（5種混合） | | | 20,570円 |
| | ジフテリア・破傷風（DT） | | | 6,340円 |
| | 麻しん・風しん（1期） | | | 10,960円 |
| | 麻しん・風しん（2期） | | | 10,290円 |
| | 水痘 | | | 9,260円 |
| | 日本脳炎（1期） | | | 7,880円 |
| | 日本脳炎（2期） | | | 7,180円 |
| | BCG | | | 11,620円 |
| | ヒトパピローマウイルス感染症（9価） | | | 28,270円 |
| | ヘモフィルスインフルエンザb型（ヒブ） | | | 9,490円 |
| | 小児用肺炎球菌 | | | 12,470円 |
| | B型肝炎 | | | 6,890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） | | | 15,090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） | | | 10,100円 |
| | RSウイルス | | | 29,810円 |
| その他（ ） | | | 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 | | | |
| | 金融機関コード | | | | 支店コード | | | |
| 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 | | | | |
| 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 申請及び受給する場合に記入すること。

添付書類

- 1 予診票（市提出用）
- 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。）