

東久留米市長殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 _____

東久留米市定期予防接種費用助成金交付申請書

東久留米市定期予防接種費用助成金交付要綱第5の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおり助成金の交付を申請します。また、この申請内容について、住民基本台帳に関する情報について調査すること及び医療機関等に確認することに同意します。

被接種者	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所		

種類	回数	費用負担額	交付額（審査欄）
B型肝炎	回分	円	円
H i b	回分	円	円
小児用肺炎球菌	回分	円	円
四種混合（第1期）	回分	円	円
三種・二種混合（第1期）	回分	円	円
二種混合（第2期）	回分	円	円
不活化ポリオ	回分	円	円
B C G	回分	円	円
麻しん風しん混合	回分	円	円
麻しん単独	回分	円	円
風しん単独	回分	円	円
水痘	回分	円	円
日本脳炎	回分	円	円
ヒトパピローマウイルス （子宮頸がん予防）	回分	円	円
合計		円	円

(裏面)

東久留米市定期予防接種費用助成金口座振替依頼書

助成金については、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関			店番号	口座番号 (普通口座)			
銀行 信用金庫 農協		本店					
			支店	口座名義人			
				フリガナ			

予防接種等を受けたことを証明する書類の写し、領収書等をここに貼付してください。