

予防接種扶助費支給申請書

予防接種の種類	（該当する番号を○で囲んでください。） 1 麻しん・風しんの混合 2 麻しん 3 風しん 4-1 百日せき・ジフテリア・破傷風の混合 4-2 百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎の混合 4-3 百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎・ヒブの混合 4-4 ジフテリア・破傷風の混合 5 日本脳炎 6 BCG 7 急性灰白髄炎 8 ヒブ 9-1 小児の肺炎球菌（15価） 9-2 小児の肺炎球菌（20価） 10-1 子宮頸がん（2価又は4価） 10-2 子宮頸がん（9価） 11 インフルエンザ 12 小児インフルエンザ 13 高齢者肺炎球菌（23価） 14 水痘 15 おたふくかぜ 16 B型肝炎 17-1 ロタウイルス（1価） 17-2 ロタウイルス（5価） 18-1 带状疱疹（乾燥弱毒生水痘） 18-2 带状疱疹（乾燥組換え带状疱疹） 19 新型コロナ 20 風しん抗体検査		
住 所	栃木市 電話番号		
被接種者の氏名		生年月日	年 月 日
接種を受けた医療機関名		接種を受けた年月日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
予防接種に要した経費	円	診療のみの場合	円
振 込 先	銀行	口座番号	
	金庫 店	フリガナ	
	農協	口座名義	

上記のとおり予防接種を受けましたので、領収書（原本）及び予診票（写し可）を添えて申請します。

令和 年 月 日

栃木市長 あて

申請者氏名

（自署しない場合は、記名押印してください。）

（市記入欄）

支給決定の状況	適 合 ・ 不 適 合		
生活保護の状況	適用あり ・ 適用なし		
支 給 額	円	担当者印	