

記入見本

おとな

栃木市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 新型コロナウイルス 20 風しん抗体検査		
住所	栃木市 今泉町2丁目1番40号 電話番号 25-3512		
被接種者の氏名	栃木 一郎	生年月日	昭和34年 4月 2日
接種を受けた医療機関名	〇〇病院	接種を受けた年月日	令和 5 年 5 月 7 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
予防接種に要した経費	20,000 円	診察のみの場合	円
振込先	銀行 ×× 金庫 △△ 店 農協	口座番号	0000000
		フリガナ 口座名義	トチギ イチロウ 栃木 一郎

←----- 該当する予防接種の番号に○を付けてください。

←----- 問合せをする際に必要ですので、日中に連絡がつく電話番号を記入してください。

←----- 予防接種を受けた方の氏名と生年月日を記入してください。

←----- 予防接種を受けた病院名と年月日を記入してください。

←----- 予防接種を受けたときの料金を記入してください。
「診察のみの場合」欄は記入しないでください

←----- 口座振込になりますので、お金を振り込む銀行と支店名、口座番号と口座名義を記入してください。

予防接種を受けた方のお名前をご記入ください。

※ご本人名義の口座をお持ちでない場合は、委任状をご記入ください。

日付を記入してください。(委任状の記入見本は裏面にございます。)

令和 **6**年 **6**月**10**日
栃木市長 あて

申請者氏名 **栃木 一郎**
(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	

この欄は、記入しないでください。

【問合せ先】

〒328-0027

保健福祉部 健康増進課 感染症対策係

栃木市今泉町2-1-40

(栃木保健福祉センター内)

Tel (0282) 25-3512

記入見本

※申請者が口座をお持ちでない
場合に使用します。

委任状

年 月 日

栃木市会計管理者

あて

被接種者 住所: **今泉町2丁目1番40号**

氏名: **栃木 一郎**

栃
木

TEL : (**25**) **3512**

私は、下記の者を代理人と定め令和6年度の予防接種扶助費の代金の受領に関する一切の権限を委任します。

記

1. 代理人 住所: **今泉町2丁目1番40号**

氏名: **栃木 花子** (被接種者との続柄: **妻**)

電話: **090** (**0000**) **0000**

2. 振込み先

銀行
〇〇 金庫 ×× 支店
農協

口座番号 **00000000** (普通・当座)

フリガナ **トチギ ハナコ**

口座名義 **栃木 花子**

受任者

使用印

栃
木

受任者使用印を押印してください。

被接種者とは、別の印鑑をご使用ください。