

令和7年4月11日

記入見本

おとな用

(宛先) 栃木市長

次のとおり予防接種を受けましたので、扶助費の支給を申請します。
また、扶助費の支給に係る審査のため、市の職員が私の生活保護の受給状況を確認することに同意します。

申請者	住所 ふりがな 氏名 電話番号	栃木市 今泉町 2-1-40 とちぎ いちろう 栃木 一郎 25-3512 <small>(自署しない場合は、記名押印してください。)</small>		
被接種者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)		
	ふりがな 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)	生年月日	昭和35年4月2日
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(MR) 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(三種混合) 4-2 百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎の混合(四種混合) 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(五種混合) 4-4 ジフテリア・破傷風の混合(二種混合) 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 <u>インフルエンザ</u> 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 帯状疱疹(乾燥弱毒生水痘) 18-2 帯状疱疹(乾燥組換え帯状疱疹) 19 新型コロナウイルス 20 風しん抗体検査			
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7年4月10日 令和 年 月 日 令和 年 月 日	
接種に要した経費	40,000 円	診察の	記入不要です。 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	

申請日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。

「申請者氏名」=「被接種者」となりますので、被接種者欄の氏名は□の中にチェックをつけてください。

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。

接種した方の生年月日を記入してください。

該当する予防接種の番号に○を付けてください。

予防接種を受けた医療機関、接種年月日、接種に要した費用を記入してください。

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。

口座名義は申請者氏名と同じお名前

※ご本人名義の振込口座をお持ちでなく、別の方の

口座に振り込む場合は委任状をご記入ください。

(委任状の記入見本は裏面にございます。)

(市記入欄)

支給決定の状況	記入不要です。
生活保護の状況	
支給額	

【お問い合わせ先】
健康増進課 感染症対策係
〒328-0027
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

※お振込み先がご本人の口座
では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**



TEL : (25) 3512

私は、下記の者を代理人と定め令和7年度の子種接種補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

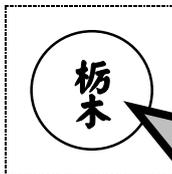
口座番号 **00000000** (普通当座)

フリガナ **トチギ ハナコ**

口座名義 **栃木 花子**

受任者

使用印



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。