

令和8年4月17日

(宛先) 栃木市長

# 記入見本

こども用

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 たろう 栃木 太郎 25-3512  (自署しない場合は、記名押印してください。)		
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 type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要) とちぎ はなこ 栃木 花子	生年月日	令和2年4月3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 子宮頸がん 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 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 RSウイルス 21 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8年4月10日 令和年月日 令和年月日	
予防接種に要した経費	8,000 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	000000	
		フリガナ 口座名義	トチギ タロウ 栃木 太郎	

申請日を記入してください。

申請者は保護者(被接種者が18歳以上の場合は本人)のお名前をご記入ください。  
口座名義と申請者氏名は同じお名前となります。

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住所・氏名・生年月日を記入してください。  
住所・氏名が申請者と同じである場合は、□にチェックをつけてください。

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にしてください。

**【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

(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	