

令和8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 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7年12月10日 令和 年 月 日 令和 年 月 日	
接種に要した経費	5,000円	診察の	記入不要です。円	
振込先	××銀行 金庫 農協 △△店	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**にしてください。  
※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

令和8年4月10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

申請書に押印した場合は、  
同じ印鑑としてください。

私は、下記の者を代理人と定め予防接種扶助費の代金の受領に関する

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 **0000000** (普通当座)

フリガナ **トチギ ハナコ**

口座名義 **栃木 花子**