

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 (自署しない場合は、記名押印してください。)			
被接種者	住所	□申請者と同じ(記入不要)			
	ふりがな 氏名	□申請者と同じ(記入不要)	生年月日	年 月 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 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 RSウイルス 21 風しん抗体検査				
接種を受けた医療機関名		接種を受けた年月日	令和 令和 令和	年 年 年	月 月 月
予防接種に要した経費	円	診察のみの場合	円		
振込先	銀行 金庫 農協 店	口座番号			
		フリガナ 口座名義			

(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	