

予防接種再接種実績報告書兼助成金交付額確定申請書

伊丹市長 様

伊丹市予防接種再接種費用の助成に関する要綱第 1 1 条の規定により、下記の実績に係る助成金交付額確定について申請します。

※太枠のみご記入ください。

年 月 日

申請者 (保護者)	フリガナ		再接種者との続柄
	氏名	印	
	住所		
再接種者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	□申請者と同じ	
再接種実績	予防接種の種類番号	接種日 (接種時年齢)	
		申請金額 (【別紙】申請額計算書にて算出した金額)	円
	予防接種の種類番号一覧	①小児用肺炎球菌 ④日本脳炎 ⑦3種混合 ⑩子宮頸がん予防 ⑬風しん	②ヒブ ⑤水痘 ⑧不活化ポリオ ⑪麻しん風しん (MR) ⑫麻しん
接種医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		

【必要書類】

- ①医療機関が発行した領収書・明細書の原本 (複写後原本は返却します。)
- ②免許証・健康保険証等、申請者であることを証するもの (複写後返却します。郵送の場合複写のみ同封ください。)
- ③【別紙】申請額計算書