



品川区定期予防接種費助成申請書

(フリガナ) 接種者氏名				
生年月日	平成	年	月	日 ( 歳 )
接種者住所				

助成申請額	円
-------	---

振込先金融機関名				銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店 出張所
口座の種類	普通	当座	口座番号					
フリガナ								
口座名義人								
<p>※ 振込先の記載に誤りがあると、助成金を振り込むことができません。正確に記載してください。</p> <p>この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、品川区が調査することに同意します。 なお助成金は、上記の口座に振り込みください。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>品川区長 あて 請求者(保護者等)</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ 印</p> <p>電 話 (       ) _____</p>								

請求者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入・押印が必要となります。

私は、上記口座名義人に品川区定期予防接種費の受取を委任いたします。	
平成	年 月 日
	氏 名 印

.....《 事務処理欄 》.....

助成決定額	円
-------	---

住民情報 システム確認	母子健康 手帳確認	領収書 確認	予防接種 依頼書確認
----------------	--------------	-----------	---------------



BCG	受診年月日	平成 年 月 日 ( 月)
	自己負担金額	円
	医療機関名	
	住所	
	医師の氏名	
助成申請額		円

四種混合 DT	受診年月日	期 ( 回 ) 平成 年 月 日 ( 歳 月)
		期 ( 回 ) 平成 年 月 日 ( 歳 月)
		期 ( 回 ) 平成 年 月 日 ( 歳 月)
	自己負担金額	円
	医療機関名	
	住所	
	医師の氏名	
助成申請額		円

MR	受診年月日	期 平成 年 月 日 ( 歳 月)
	自己負担金額	円
	医療機関名	
	住所	
	医師の氏名	
助成申請額		円

日本 脳炎	受診年月日	期 ( 回 ) 平成 年 月 日 ( 歳 月)
		期 ( 回 ) 平成 年 月 日 ( 歳 月)
	自己負担金額	円
	医療機関名	
	住所	
	医師の氏名	
助成申請額		円

不活化 ポリオ	受診年月日	( )回目 平成 年 月 日 ( 歳 月)
	自己負担金額	円
	医療機関名	
	住所	
	医師の氏名	
助成申請額		円



Hib	受診年月日	( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
		( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
		( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
	自己負担金額	円						
	医療機関名							
	住所							
	医師の氏名							
助成申請額		円						
小児用肺炎球菌	受診年月日	( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
		( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
		( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
	自己負担金額	円						
	医療機関名							
	住所							
	医師の氏名							
助成申請額		円						
B型肝炎	受診年月日	( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
		( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
		( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
	自己負担金額	円						
	医療機関名							
	住所							
	医師の氏名							
助成申請額		円						
水痘	受診年月日	( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
		( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
	自己負担金額	円						
	医療機関名							
	住所							
	医師の氏名							
助成申請額		円						
子宮頸がん	受診年月日	( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
		( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
		( )回目	平成	年	月	日	( )歳	ヶ月)
	自己負担金額	円						
	医療機関名							
	住所							
	医師の氏名							
助成申請額		円						