

品川区定期予防接種費助成申請書



(助成の対象となるのは、事前に「予防接種依頼書」を品川区に申請した定期予防接種のみです)

(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								

※ 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。

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。

平成 年 月 日

品川区長 へ 請求者(保護者等)

住所 _____

氏名 _____ 印

電話 ()

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

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								