

## 品川区定期予防接種費助成申請書

(予防接種を受けた本人)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒

助成申請額	円
-------	---

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合						本店 支店 出張所		
	金融機関コード (4桁)					支店番号 (3桁)				
	口座の種類	普通・当座			口座番号 (左詰め)					
	フリガナ									
	口座名義人									

品川区長あて  
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。

\_\_\_\_\_年 月 日

請求者(保護者等)  
※予防接種を受けた本人が18歳以上の場合は被接種者本人

〒  
住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

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が必要となります。

**委任状**

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。

年 月 日

氏名  
(請求者と同一)

..... << 以下、区事務処理欄 >> .....

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	
----------------	--	--------------	--	-----------	--	---------------	--

第1号様式1-2(第4条関係)

五種混合	接種年月日	期 ( 回 )	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		期 ( 回 )	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		期 ( 回 )	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
四種混合	接種費用	円	
DT	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	接種年月日	( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
	接種費用	円	
	医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	
B型肝炎	接種年月日	( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
	接種費用	円	
	医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	
口夕	接種年月日	( )回目	年 月 日 ( ヶ月)
		( )回目	年 月 日 ( ヶ月)
		( )回目	年 月 日 ( ヶ月)
	接種費用	円	
	医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

第1号様式1-2-2(第4条関係)

Hib	接種年月日	( 回 )	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		( 回 )	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		( 回 )	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
	接種費用	円	
	医療機関名		
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

BCG	接種年月日	年 月 日 ( ヶ月)	
	接種費用	円	
	医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

MR	接種年月日	期	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
	接種費用	円	
	医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

水痘	接種年月日	( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
	接種費用	円	
	医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

第1号様式1-2-3(第4条関係)

日本 脳炎	接種年月日	期( 回)	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		期( 回)	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
	接種費用	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	接種年月日	( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
	接種費用	円	
	医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

ヒトパピ ローマウ イルス 感染症 (子宮頸 がん)	接種年月日	( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
		( )回目	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
	接種費用	円	
	医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	