

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) 被 接 種 者	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		親子健康 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	
	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	
	医師の氏名		
助成申請額		円	
ロタ	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	
	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	□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	□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	□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	□同上					
	住 所						
	医師の氏名						
助成申請額		円					

HPV	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	□同上					
	住 所						
	医師の氏名						
助成申請額		円					

RS ウイルス	接種年月日	年	月	日			
	接種費用	円					
	医療機関名	□同上					
	住 所						
	医師の氏名						
助成申請額		円					