

# 品川区定期予防接種費助成申請書

|                                                    |      |             |
|----------------------------------------------------|------|-------------|
| ( 予<br>防<br>接<br>種<br>を<br>受<br>け<br>た<br>本<br>人 ) | フリガナ |             |
|                                                    | 氏名   |             |
|                                                    | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳 ) |
|                                                    | 住所   | 〒           |

|       |   |
|-------|---|
| 助成申請額 | 円 |
|-------|---|

|                       |                 |                     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |                   |  |  |
|-----------------------|-----------------|---------------------|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|
| 振<br>込<br>先<br>口<br>座 | 金融機関名           | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合 |  |  |  |               |  |  |  |  |  | 本 店<br>支 店<br>出張所 |  |  |
|                       | 金融機関コード<br>(4桁) |                     |  |  |  | 支店番号<br>(3桁)  |  |  |  |  |  |                   |  |  |
|                       | 口座の種類           | 普通 ・ 当座             |  |  |  | 口座番号<br>(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<br>システム確認 |   | 親子健康<br>手帳確認 |  | 領収書<br>確認 |  | 予防接種<br>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<br>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 | □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 | □同上   |   |   |       |     |
|       | 住 所   |       |   |   |       |     |
| 医師の氏名 |       |       |   |   |       |     |
| 助成申請額 |       | 円     |   |   |       |     |

  

|       |       |       |   |   |       |     |
|-------|-------|-------|---|---|-------|-----|
| ロタ    | 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     |   |   |       |     |

第1号様式1-2-2(第4条関係)

|       |       |             |                           |
|-------|-------|-------------|---------------------------|
| Hib   | 接種年月日 | (    回    ) | 年    月    日 (    歳    ヲ月) |
|       |       | (    回    ) | 年    月    日 (    歳    ヲ月) |
|       |       | (    回    ) | 年    月    日 (    歳    ヲ月) |
|       | 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 (    ヲ月)        |  |
|       | 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    ヲ月) |
|       | 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    ヲ月) |
|       |       | (    )回目                    | 年    月    日 (    歳    ヲ月) |
|       | 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<br>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<br>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<br>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               |