



台東区予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

台東区長 殿

接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと医師に判断された為、下記のとおり予防接種再接種費用助成を申請します。なお、本申請にあたり、被接種者の住民基本台帳を確認すること、また確認等が必要な場合は医療機関等へ問合せすることについて、同意します。
助成金については、下記口座への振込みを希望します。

申請者氏名	フリガナ	連絡先	()
	Ⓜ		
住所	〒 -		
被接種者氏名 (お子さまの名前)	フリガナ	生年月日	年 月 日
住所 (被接種時)	〒 台東区 -	※上記記載の住所と異なる場合記入	

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店
	口座種別	01 普通 ・ 02 当座	口座番号
	口座名義	(フリガナ)	

* 太枠内の事項について記入し、領収書を添付してください。接種の内訳は裏面に記入をお願いします。

* 申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は下記委任状欄の記入押印が必要です。

委 任 状

私は、上記の口座名義人に予防接種再接種費用助成金の受領を委任します。

年 月 日 委任者（申請者） 住所 _____

氏名 _____ Ⓜ

助 成 額	円
-------	---

申請に必要なもの

- ① 台東区予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書（本用紙）
- ② 定期予防接種の再接種に関する対象者該当理由書（第2号様式）
- ③ 医療機関の領収書（原本・ワクチンごとの金額がわかるもの）
- ④ 予防接種済予診票又は予防接種の記録のある母子健康手帳
- ⑤ 印鑑（認印）※インキ浸透式スタンプは不可
- ⑥ 振込希望先を確認できるもの

申請期限 接種日より3年

区 処 理 欄		収 受 印
接種履歴確認	母子健康手帳 予診票 その他()	
領収書枚数	枚	

接種費用・請求金額の内訳

予防接種の種類		接種年月日	自己負担金 ア	助成上限額 イ	助成額 アとイの低方
H i b	初回1回目	年 月 日	円	円	円
	初回2回目	年 月 日	円		円
	初回3回目	年 月 日	円		円
	追加	年 月 日	円		円
小児用 肺炎球菌	初回1回目	年 月 日	円	円	円
	初回2回目	年 月 日	円		円
	初回3回目	年 月 日	円		円
	追加	年 月 日	円		円
四種混合	初回1回目	年 月 日	円	クアトロバック・スクエアキッズ [®] 円 テトラビック 円	円
	初回2回目	年 月 日	円		円
	初回3回目	年 月 日	円		円
	追加	年 月 日	円		円
不活化 ポリオ	初回1回目	年 月 日	円	円	円
	初回2回目	年 月 日	円		円
	初回3回目	年 月 日	円		円
	追加	年 月 日	円		円
BCG		年 月 日	円	円	円
B型肝炎	1回目	年 月 日	円	0.5ml 円 0.25ml 円	円
	2回目	年 月 日	円		円
	3回目	年 月 日	円		円
麻しん 風しん	I期	年 月 日	円	円	円
	II期	年 月 日	円	円	円
水痘	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円		円
日本脳炎	I期初回1	年 月 日	円	円	円
	I期初回2	年 月 日	円		円
	I期 追加	年 月 日	円		円
	I期 特例	年 月 日	円		円
	I期 特例	年 月 日	円		円
	I期 特例	年 月 日	円		円
	II期	年 月 日	円		円
DT 2期		年 月 日	円	円	円
子宮 頸がん	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円		円
	3回目	年 月 日	円		円
合 計			円	—	円

【問合せ先】 台東保健所保健予防課予防担当

TEL 3847-9471