

予防接種費用助成金支給申請明細書(子ども)

捨印

--

接種を受けたお子さんの名前

1	接種した予防接種名 (接種回数があるものは回数も記入)		接種日 年 月 日	① 接種費用 円	② 助成限度額 円	助成申請額 (①又は②の少ない方) 円	接種した医療機関名
	回目	回目					
2		回目	年 月 日	円	円	円	
3		回目	年 月 日	円	円	円	
4		回目	年 月 日	円	円	円	
5		回目	年 月 日	円	円	円	
6		回目	年 月 日	円	円	円	
7		回目	年 月 日	円	円	円	
8		回目	年 月 日	円	円	円	
9		回目	年 月 日	円	円	円	
10		回目	年 月 日	円	円	円	
合 計				円	円	円	

※ 助成申請額欄には接種費用と市が定める助成限度額のどちらか少ない方の金額をご記入ください。

裏面に領収書を貼付してください

領収書貼付欄

※領収書は原本とし、各予防接種の料金が分かるものとしてください。

予防接種費用助成金支給申請明細書(こども)

捨印

第5号様式「予防接種費用助成金支給申請書」と同じ印鑑



接種を受けたお子さんの名前 **習志野 花子**

	接種した予防接種名 (接種回数があるものは回数も記入)		接種日	① 接種費用	② 助成限度額	助成申請額 (①又は②の少ない方)	接種した医療機関名
1	B型肝炎	1回目	201〇年 △月△△日	6,800 円	7,161 円	6,800 円	〇〇〇クリニック
2	Hib	1回目	201〇年 △月△△日	9,500 円	9,218 円	9,218 円	〇〇〇クリニック
3	小児肺炎球菌	1回目	201〇年 △月△△日	12,000 円	12,353 円	12,000 円	〇〇〇クリニック
4		回目	年 月 日	円	円	円	
5		回目	年 月 日	円	円	円	
6		回目	年 月 日	円	円	円	
7		回目	年 月 日	円	円	円	
8		回目	年 月 日	円	円	円	
9		回目	年 月 日	円	円	円	
10		回目	年 月 日	円	円	円	
合 計				28,300 円	28,732 円	28,018 円	

※ 助成申請額欄には接種費用と市が定める助成限度額のどちらか少ない方の金額をご記入ください。

裏面に領収書を貼付してください