

足立区依頼書による定期予防接種費用助成申請書

年 月 日

提出先 足立区長

〒120-8510

申請者 氏名 足立花子

住所 足立区中央本町1-17-1

電話 123(4567)89xx

接種者との続柄 (母親)

日付は記入しないでください。

足立区依頼書による定期予防接種費用助成要綱第6条に基づき、当該費用の助成を受けたいので別紙必要書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 接種者

氏名	足立太郎	生年月日	令和4年2月1日
住所	※申請者の住所と異なる場合のみ記入		
接種医療機関	保健予防病院	医療機関所在地	〇〇県〇〇市△△町10番20号

3 予防接種費用の助成内容

予防接種の種類	申請金額	審査額	接種年月日
ヒ7ワクチン 1回目・追加	9,720円	円	令和4年4月15日
ロタワクチン 1回目・追加	15,000円	円	令和4年4月15日
四種混合ワクチン 1回目・追加	11,800円	円	令和4年5月20日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
依頼書が発行されているものなら、まとめて申請ができます。(接種日から1年以内)	回目・追加	領収書の金額と別紙の予防接種	年 月 日
	回目・追加	ワクチン種類別の助成上限額表	年 月 日
	回目・追加	と比べて低い方の金額を記入し	年 月 日
	回目・追加	てください。	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日

グレーの網掛け部分は記入しないでください。

申請費用合計 36,520円

審査額合計 円

本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行ったことに同意します。

本人自署 足立花子

押印が廃止されたため、自署を忘れずお願いします。

【決裁処理欄】

審査の結果、 円の

助成金を決定する。

年 月 日

決定		課長	係長	担当	受付者
----	--	----	----	----	-----