

定期予防接種費用助成申請書

第 号

提出先 足立区長

年 月 日

申請者住所（転出の方は現住所記入）
〒

電話番号（日常つながる連絡先）

申請者氏名 _____

接種者との続柄（ _____ ）

接種者氏名 _____

接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

未熟児養育医療や基礎疾患等で3か月以上の入院が必要と医師に判断された等、やむを得ない理由により東京23区の契約医療機関で定期予防接種を受けることができず、入院医療機関で定期予防接種を受け、定期予防接種費用助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

資格要件等の情報について必要がある時は、区が保有する情報を確認することに同意します。

また、資格要件に該当しない事実が判明した時は、定期予防接種費用助成金を返還いたします。

助成内容

予防接種種別	接 種 日	助 成 金 額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円

申 請 額

_____ 円

※助成金額は、ワクチン接種1回につき、予防接種にかかった費用（消費税含）のを助成します。

入院・接種医療機関

入院・接種医療機関名	
入院・接種医療機関所在地	
入 院 期 間	年 月 日～ 年 月 日

入院・接種等の情報について必要がある時は、区が入院・接種医療機関に情報を確認することに同意します。

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、区役所職員が行うことに同意します。

本人自署 _____

【郵送先】 〒120-8510
足立区中央本町1-17-1
衛生部保健予防課保健予防係
定期予防接種費用助成担当