

年 月 日

遠野市長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
(被接種者との続柄 )  
電 話

遠野市特別の理由によるワクチン再接種実施報告書兼費用助成金交付請求書  
遠野市特別の理由によるワクチン再接種費用助成金交付要綱第9条の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり再接種を受けたことを報告し、及び再接種費用助成金の交付を請求します。

また、遠野市が再接種を行った医療機関等に対し予防接種の内容、費用等について照会すること及び当該医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

記

助成金交付請求額		円	※裏面④の金額を記入
被接種者	住 所	遠野市	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏 名		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	年 月 日 (男・女)	

助成金の振込先	金融機関名	銀行・組合・農協・金庫		
	支店名	本店・支店		
	口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人	ふりがな		

【添付書類】

- 1 再接種に要した費用に係る領収証及び医療費明細書の写し（被接種者の氏名、接種日、接種料金、予防接種の種類及び医療機関が分かるもの）
- 2 母子健康手帳、予防接種予診票の写し等の再接種を受けたことが分かる書類の写し

【注意事項】

- 1 請求は、接種日の翌日から起算して1年以内に行ってください。
- 2 助成金の振込先の口座は、申請者の口座名義のものを指定してください。

〈裏面も記入してください〉

様式第6号（第9条関係）裏面

予防接種の種類と回数		接種年月日	接種料金 ①	助成上限額 ②	助成額③ ①か②のいずれか低い方
B型肝炎	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
H i b 感染症	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	追加	年 月 日	円	円	円
肺炎球菌 (小児)	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	追加	年 月 日	円	円	円
四種混合 (DPT-IPV)	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	追加	年 月 日	円	円	円
三種混合 (DPT)	1回目	年 月 日	円	円	円
	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
二種混合 (DT)		年 月 日	円	円	円
不活化ポリオ	1回目	年 月 日	円	円	円
	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
麻しん風しん (MR)	第1期	年 月 日	円	円	円
	第2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	円
日本脳炎	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	追加	年 月 日	円	円	円
	第2期	年 月 日	円	円	円
H P V	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
合計金額					④ 円