

様式第 1 号（第 5 条関係）

予防接種補給金交付申請書

年 月 日

（宛先）伊勢崎市長

伊勢崎市予防接種補給金交付要綱第 5 条に基づき、補給金の交付を申請します。

申請者住所	〒 - 伊勢崎市		電話番号	
フリガナ		被接種者との続柄	フリガナ	
申請者氏名			被接種者氏名	
接種種別	（該当するものに○をつけてください） 五種混合（DPT－IPV－Hib） 三種混合（DPT） 二種混合（DT） 麻しん風しん混合（MR）1期 麻しん風しん混合（MR）2期 麻しん 風しん 日本脳炎 BCG ポリオ ヒブ 小児用肺炎球菌 HPV 水痘 B型肝炎 ロタウイルス RSウイルス感染症 インフルエンザ インフルエンザ（高用量） 高齢者用肺炎球菌 新型コロナウイルス 帯状疱疹^{ほうしん}			
	接種日 年 月 日			
交付申請額	円			

注）申請の際には、当該予防接種の予診票及び領収書を持参してください。