

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	<p>（該当するものに○をつけてください）</p> <p>五種混合（DPT-I PV-H i b） 小児用肺炎球菌</p> <p>三種混合（DPT） HPV</p> <p>二種混合（DT） 水痘</p> <p>麻しん風しん混合（MR）1期 B型肝炎</p> <p>麻しん風しん混合（MR）2期 ロタウイルス</p> <p>麻しん RSウイルス感染症</p> <p>風しん インフルエンザ</p> <p>日本脳炎 インフルエンザ（高用量）</p> <p>BCG 高齢者用肺炎球菌</p> <p>ポリオ 新型コロナウイルス</p> <p>ヒブ 帯状疱疹<sup>ほうしん</sup></p> <p style="text-align: right;">接種日 年 月 日</p>		
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。