

様式第 1 号 (第 5 条関係)

## 予防接種補給金交付申請書

令和 年 月 日

伊勢崎市長 様

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)    四種混合 (DPT-IPV) 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                            インフルエンザ 高齢者用肺炎球菌                        新型コロナウイルス 接種日 令和 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。