

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