様式３

定期予防接種費用助成金交付申請書

年　月　日

（宛先）長 岡 市 長 様

私は、県外の医療機関に定期予防接種費用を支払ったので、関係書類を添えて定期予防接種費用助成金の交付を申請をします。また、交付決定された助成金については下記の振込先に振り込んでください。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときは長岡市が住民基本台帳情報及び医療機関等に確認を行うことに同意します。

※太枠内を記入してください。訂正する場合、砂消しゴム・修正テープ（液）は使用できません。必ず＝線で訂正し、印鑑を押してください。

申請者(※)	氏　名	※申請者：保護者又は被接種者が 16 歳以上の場合本人で「予防接種実施依頼書交付申請書」と同一の方					
	住　所	〒　　昼間の連絡先電話番号　（　　）					
被接種者氏名			生年月日	年　月　日			
接 種 内 容		裏面に記載のとおり					
振込先	金融機関名	銀行、信金、農協 信組、労金		本店・営業部 支店・出張所			
	金融機関ｺｰﾄﾞ（数字４ケタ）		※ゆうちょ銀行は記載不要	店番号（数字３ケタ）			※ゆうちょ銀行は記載不要
	預 金 種 別	普 通　当 座	口座番号				
	ﾌﾘｶﾞﾅ						
	口座名義人（申請者名義）						

※原則申請者の口座になります。申請者以外の口座の場合、委任状が必要です。

添付書類（添付したものにチェック☑してください。）

- ☐ 領収書（接種日、ワクチン名、料金、医療機関名記載）　**※原本（後日返却します）**
- ☐ 接種済予診票の原本または写し
- ☐ 母子健康手帳の「予防接種の記録」のページの写し
- ☐ 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し（口座番号等確認用）

裏面にも記入欄があります

---------- 以下長岡市記入欄 ----------

上記の申請について、以下のとおり決定よろしいでしょうか。

課　長	課長補佐	係　長	係	
				起案　・　・
				決裁　・　・

受付

助成する　・　助成しない

交付決定額　　円

支 出 命 令 番 号										
							－			

様式３

接種内容（太枠内の該当箇所を記入してください）

予防接種		接種年月日	① 接種費用（支払った額）	② 助成上限額 ※長岡市が記入	③ 助成金額（①か②の少ない金額） ※長岡市が記入
ロタ	1 回目	年　月　日			
	2 回目	年　月　日			
	3 回目（ロタテックのみ）	年　月　日			
B 型肝炎	1 回目	年　月　日			
	2 回目	年　月　日			
	3 回目	年　月　日			
ヒブ（Hib）	1 回目	年　月　日			
	2 回目	年　月　日			
	3 回目	年　月　日			
	追加	年　月　日			
小児用肺炎球菌	1 回目	年　月　日			
	2 回目	年　月　日			
	3 回目	年　月　日			
	追加	年　月　日			
四種混合（DPT-IPV）	1 回目	年　月　日			
	2 回目	年　月　日			
	3 回目	年　月　日			
	追加	年　月　日			
BCG		年　月　日			
麻しん風しん混合（MR）	1 期	年　月　日			
	2 期	年　月　日			
水痘	1 回目	年　月　日			
	1 回目	年　月　日			
日本脳炎	1 期初回 1 回目	年　月　日			
	1 期初回 2 回目	年　月　日			
	1 期追加	年　月　日			
	2 期	年　月　日			
二種混合（DT）	2 期	年　月　日			
子宮頸がん	1 回目	年　月　日			
	2 回目	年　月　日			
	3 回目	年　月　日			
（※長岡市が記入）助成金額の合計（それぞれの予防接種の①か②のどちらか少ない金額の合計）					円

添付書類：領収書原本・接種済予診票・母子健康手帳（予防接種の記録）の写し、振込口座の写し