

様式第5号（第8条関係）

栗東市骨髄移植後等の予防接種再接種実施報告書兼助成金請求書

年 月 日

栗東市長 あて

申請者

住 所

氏 名

印

電 話

被接種者との関係（ ）

栗東市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により下記のとおり請求します。

被接種者	住 所	栗東市	
	氏 名		
	生年月日	年	月 日
機 接 関 種	名 称		
	所 在 地		
請求額 _____ 円			
接種費用 内 訳	Hib 感染症	1回目	年 月 日 _____ 円
		2回目	年 月 日 _____ 円
		3回目	年 月 日 _____ 円
		追加	年 月 日 _____ 円
	小児の肺炎 球菌感染症	1回目	年 月 日 _____ 円
		2回目	年 月 日 _____ 円
		3回目	年 月 日 _____ 円
		追加	年 月 日 _____ 円
	B型肝炎	1回目	年 月 日 _____ 円
		2回目	年 月 日 _____ 円
		3回目	年 月 日 _____ 円
	不活化ポリオ	1回目	年 月 日 _____ 円
2回目		年 月 日 _____ 円	
3回目		年 月 日 _____ 円	
追加		年 月 日 _____ 円	
四種混合 (DPT-IPV)	1回目	年 月 日 _____ 円	
	2回目	年 月 日 _____ 円	
	3回目	年 月 日 _____ 円	
	追加	年 月 日 _____ 円	
三種混合 (DPT 混合)	1回目	年 月 日 _____ 円	
	2回目	年 月 日 _____ 円	
	3回目	年 月 日 _____ 円	
	追加	年 月 日 _____ 円	
	二種混合(DT)	年 月 日 _____ 円	

接種費用 内 訳	麻疹風疹混 合 (MR)	<u>1期</u> 年 月 日 _____ 円 <u>2期</u> 年 月 日 _____ 円
	麻疹	<u>1期</u> 年 月 日 _____ 円 <u>2期</u> 年 月 日 _____ 円
	風疹	<u>1期</u> 年 月 日 _____ 円 <u>2期</u> 年 月 日 _____ 円
	水痘	<u>1回目</u> 年 月 日 _____ 円 <u>2回目</u> 年 月 日 _____ 円
	日本脳炎	<u>1回目</u> 年 月 日 _____ 円 <u>2回目</u> 年 月 日 _____ 円 <u>1期追加</u> 年 月 日 _____ 円 <u>2期</u> 年 月 日 _____ 円
	ヒトパピローマ ウイルス感染症	<u>1回目</u> 年 月 日 _____ 円 <u>2回目</u> 年 月 日 _____ 円 <u>3回目</u> 年 月 日 _____ 円

振込先

振込先 金融機関	銀行・農協 信金・信組 労金	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

※添付書類

- ・母子健康手帳その他再接種内容を確認することができるものの写し
- ・再接種に係る領収書
- ・振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し