

様式第1号（第5条関係）

おたふくかぜワクチン接種費助成金交付申請書兼実績報告書（受領委任払用）

年 月 日

島田市長

住 所

申請者
(保護者) 氏 名

電話番号

おたふくかぜワクチン接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請し、及び実績を報告します。なお、当該ワクチンの接種を受けた医療機関に助成金の請求及び受領を委任します。

接種を受けた者	住 所	(接種日現在の住民票の住所を記載してください。)
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
接 種 年 月 日	おたふくかぜワクチン接種実施医療機関記入欄のとおり	
交 付 申 請 額	2,000円	

(注)

- 1 接種に要した費用と交付申請額との差額を医療機関にお支払いください。
- 2 助成金の交付は、次に掲げる回数限りです。
 - (1) 1歳の者の接種 1回
 - (2) 翌年度に小学校に入学する者の接種 1回

【おたふくかぜワクチン接種実施医療機関記入欄】

上記の助成金の請求及び受領について受任します。

接 種 年 月 日	年 月 日
ワクチン名及び L o t N o	
受 任 者	住 所 医療機関名 代 表 者 