

別記様式（第5条関係）

県外定期予防接種費用助成申請書

年 月 日

野々市市長 宛

申請者

〒 _____

住所 野々市市 _____

氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____

県外定期予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

| 被接種者氏名 | 生年月日 | 予防接種の種類 |
|--------|-------|---|
| フガナ | 年 月 日 | 五種混合 1・2・3・追 小児肺炎球菌 1・2・3・追 B型肝炎 1・2・3 BCG 麻しん・風しん(MR) I・II 水痘 1・2 日本脳炎 1・2・追・II ロタ 1・2・3 二種混合 II HPV 1・2・3 三種混合 1・2・3・追 不活化ポリオ 1・2・3・追 Hib 1・2・3・追 RSウイルス 1 |

助成金の振込先

| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | 本店 支店 | 普通 | 口座番号 |
|-----|------------------------|------------------|----------|----|------|
| | 口座名義人 (申請者と同一名義に限る) | フガナ | | | |

【添付書類】

- (1) 予防接種に係る野々市市から交付された予防接種券（予診票を含むもの）
- (2) 予防接種に係る領収書（領収印のあるもの）

【注意】 接種月の翌月の1日から1年以内に申請すること

県外定期予防接種費用助成金の交付決定のために、野々市市が保有する住民登録に関する情報を調査すること及び県外医療機関等に問い合わせることに同意します。

年 月 日（世帯主）氏名 _____