

記入方法

記入しないでください。

伊東市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金支給申請書

×× 年××月××日

伊東市長 様

予防接種を受けた方が未成年の場合には、その保護者の方を申請者としてください。

に当たり、伊東市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び同意します。

※申請者は接種を受けた本人又はその保護者に限る。

申請者	住所	〒414-0055 伊東市大原〇〇-△△		
	フリガナ氏名	イトウ ウミコ 伊東 海子	被接種者との続柄	母
	電話番号	0557 - ×× - ××××		

被接種者	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (右欄記載不要)	イトウ ハナコ 伊東 花子
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (右欄記載不要)	
	生年月日	平成 16年 4 月 10日	

ワクチンの種類		<input type="checkbox"/> 2価（サーバリックス） <input type="checkbox"/> 4価（ガーダシル）	
1回目	接種年月日	平成 29年 4月 1日	
	接種医療機関	〇〇クリニック	接種費用 10,000 円
2回目	接種年月日	年 月 日	円
	接種医療機関	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ (右欄記載不要)	円
3回目	接種年月日		円
	接種医療機関	<input type="checkbox"/> 1回目と同じ (右欄記載不要) <input type="checkbox"/> 2回目と同じ (右欄記載不要)	円
計			円

添付書類

- 回数・金額・実費を支払った事実が確認できる書類の原本（領収書等）
- 接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳、予防接種済証、接種証明書、予診票等）又は伊東市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種費用助成金支給申請用証明書（第2号様式）

受けた予防接種の種類、接種年月日、医療機関名、実際に支払った費用をご記入ください。