

(様式第 1 号)

鹿沼市おたふくかぜ予防接種費助成申請書

令和 年 月 日

鹿沼市長 宛

住所 鹿沼市

申請者

(保護者) 氏名

(電話 ー)

鹿沼市おたふくかぜ予防接種（任意）助成実施要領第 8 条に基づき、下記のとおり接種を受けましたので、この接種費用（一部）の助成申請をいたします。

被接種者	住 所	鹿沼市		
	氏 名		生年月日	令和 年 月 日
医療機関名・接種内容	医療機関名			
	医療機関所在地			
	おたふくかぜ ワクチン 接種内容	接種費用	接種日	令和 年 月 日
		円 ※助成上限額 3000 円／回	接種回数	1 回目・2 回目
振込口座	金融機関名（支店名）	口座名義人カナ※申請者と同じ		口座番号
	(支店)			

(注) 振込口座は銀行（ゆうちょ含む）・金庫・農協の普通預金で、申請者名義のものとお願いします。

☐ 予診票の市役所控 もしくは母子手帳の写し

☐ 領収書、診療報酬明細書等（ワクチン名の記載があり金額がわかる書類）

上記を添えて、接種後 1 ヶ月以内に申請してください。申請は担当課窓口に提出、または郵送でお願いします。

(担当課) 〒322-8601 鹿沼市今宮町 1688-1

鹿沼市保健福祉部健康課健康増進係

健康課使用欄	1 ☐ 助成対象者 2 ☐ 予防接種済 3 ☐ 支払金額 (円) 取 扱 者	上記申請について次のとおり支給決定する。 支給金額 円 令和 年 月 日 決裁責任者