

別 記

第 1 号様式（第 6 条関係）

特別な理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成申請書  
(宛先) 流山市長

年 月 日

申請者 千

住所

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

(署名又は記名押印)

(被接種者との続柄： )

電話番号 ( )

下記のとおり、予防接種費用の助成を申請します。

<添付書類>

- 再接種に係る領収書の原本
- 予防接種の記録が記載されているもの（写し）
- 特別な理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用明細書(別記第 2 号様式)
- 医師の意見書（別記第 3 号様式）
- 委任状（申請者と口座名義人が異なる場合）

2. 被接種者

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名					
住所	千				
電話番号	☎	( )			

3. 助成額

助成金額	¥
------	---

※明細書の申請合計額を記入してください。

4. 振込先

振込先	銀行・金庫 組合・農協	支店 出張所			
		ゆうちょ銀行の 場合店番号			
口座番号（7桁）	普通・当座				
フリガナ					
口座名義人					
次の項目に該当する方は、□に✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯に属している					
同意書					
特別な理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種に係る助成金の支給決定に当たり、私及び扶養者の住民基本台帳、生活保護世帯の該当の有無を確認し、並びに予防接種の実施を確認できない場合は、医療機関に確認することを市の職員が行うことに同意します。 (宛先) 流山市長					
氏名				㊞ (署名又は記名押印)	

※提供いただいた個人情報、特別な理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種助成金支給の目的以外に使用しません。

※申請は、流山市保健センターまで郵送又は窓口にて受付しております。申請期限は接種日より2年以内と定められております。詳しくは市ホームページ等で御確認ください。