

久御山町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）久御山町長

【請求者】 千

住所：久御山町

請求者名：

電話番号：（ ）



予防接種を受けたので下記の通り請求します。

ふりがな		生年月日	
被接種者 氏名		年 月 日	
接種 医療機関名			
予防接種 項目	○をつけてください		接種日
	ヒブ (インフルエンザ菌 b 型)	初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種	
	小児用肺炎球菌	初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	4種混合 (DPT-IPV)	初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種	
	3種混合 (DPT)	初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種	
	不活化ポリオ	初回接種：1回目・2回目・3回目 / 追加接種	
	BCG		
	麻しん風しん混合 (MR)	1期 ・ 2期	
	水痘	1回目 ・ 2回目	
	日本脳炎	1期初回：1回目・2回目 / 1期追加 / 2期	
	2種混合 (DT) 【2期】		
	子宮頸がん	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	

下記の口座に振り込み願います。

銀行 金庫 農協 労金	本店 支店 出張所	口座番号	口座名義
		1. 普通 2. 当座	ふりがな

* こちらは記入しないでください。

予防接種支給決定額	※	円	確認印