

様式第1号（第4条関係）

北本市予防接種補助金交付申請書

年 月 日

(宛先)北本市長

住所
申請者 氏名 ⑩
電話

次のとおり予防接種を受けたので、補助金の交付申請をします。

1 被接種者

(1) 住所

(2) 氏名

(3) 生年月日 年 月 日生

2 予防接種実施状況

接種内容	接種日	接種年齢	接種医療機関
	年 月 日	歳 (か月)	
	年 月 日	歳 (か月)	
	年 月 日	歳 (か月)	
	年 月 日	歳 (か月)	
	年 月 日	歳 (か月)	

振込口座

銀行・信用金庫・農協	支店・出張所・支所
普通・当座	口座番号
ふりがな	
口座名義	







備考 氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。












※申請手続きの際は、母子健康手帳や領収書の明細など、接種を受けた人の名前、接種日、接種内容が確認できるものを持参してください。

<接種期間別・補助対象年齢及び補助額一覧>

平成26年10月1日現在

※申請受付期間は、接種から5年以内です。

	平成21年10月1日～ 平成22年3月31日	平成22年4月1日～ 平成22年9月30日	平成22年10月1日～ 平成22年12月31日	平成23年1月1日～ 平成23年3月31日
水痘	1歳～6歳未満 3,000円(1回限り)			
おたふく かぜ	1歳～6歳未満 3,000円(1回限り)			
インフル エンザ	1歳～5歳未満 1,000円(年度2回まで)			
ヒブ		2か月～5歳未満 1,500円(4回まで) *全額公費負担制度を 受けて、差額支払あり		2か月～5歳未満 全額公費負担
小児 肺炎球菌			2か月～5歳未満 2,500円(4回まで) *全額公費負担制度を 受けて、差額支払あり	2か月～5歳未満 全額公費負担
子宮 頸がん		中学1年～3年生女子 5,000円(3回まで) *全額公費負担制度を 受けて、差額支払あり		中学1年生～高校1年生 全額公費負担
高齢者 肺炎球菌			75歳以上 2,500円	

	平成23年4月1日～ 平成24年3月31日	平成24年4月1日～ 平成25年3月31日	平成25年4月1日～ 平成26年9月30日	平成26年10月1日～ 平成27年3月31日
水痘	1歳～就学前 3,000円(1回限り)			
おたふく かぜ	1歳～就学前 3,000円(1回限り)			
インフル エンザ				
ヒブ			2か月～5歳に至るまで 定期予防接種	
小児肺炎 球菌			2か月～5歳に至るまで 定期予防接種	
ロタ		生後6～32週0日 5,000円(3回まで)		
子宮 頸がん			小学6年生～高校1年生 定期予防接種	
高齢者 肺炎球菌				75歳以上 定期予防接種対象者を除く