

みよし市任意予防接種費用助成事業 申請書（令和3年度）

〔おたふくかぜ〕

みよし市長 様

下記のとおり任意予防接種事業に係る費用の助成を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する住民記録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

申請日 (接種日)	令和 年 月 日							
申請者 (保護者氏名)				電話番号 (携帯電話)				
被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)			性別	男 ・ 女			
				生年月日	平成 令和	年	月	日
住 所	みよし市							
子ども医療費 受給者番号	3	6	8					
種 類	対 象			1回あたりの助成額 ^{*1}		回 数		
おたふくかぜ	1歳～就学前			2,000円		1回		

*1：助成額は、医療機関の窓口で接種費用から差し引かれます。

※おたふくは、1回のみ助成します。過去に申請していないか確認してください。

〔医療機関の方へ〕

- 1 記入漏れがないか確認をお願いします。
(特に受給者番号に誤りがないかご確認ください)
- 2 本申請書のみ報告書に添付して市へ請求してください。
予診票の添付は必要ありませんが、必要に応じて
照会させていただくことがあります。
- 3 接種医療機関名等を記入してください(ゴム印可)。



接種医療機関					
医療機関コード					
医療機関名称					