

定期予防接種実施報告書兼料金助成申請書

宇城市長 様

年 月 日

申請者 住所

氏名

電話番号（携帯）

予防接種を下記のとおり受けましたので報告するとともに、助成金の交付を申請します。
記

予 防 接 種 証 明 書（医療機関記入欄）				
予 防 接 種 名				
被 接 種 者 氏 名	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	満 歳	か月
接 種 年 月 日	年 月 日	接種料金	円	
上記のとおり予防接種を実施したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 (印)				

助 成 金 算 定（宇城市記入欄）						
分類	予防接種名及び全額助成対象	助成額計算（該当を選択）			確認事項	
		助成額		助成上限		
A類疾病	☐ （					

(注) 助成申請書は、接種した日の翌日から2か月以内に提出してください。
ただし、3月に接種を受けた場合は、令和9年3月31日までに提出してください。