

第4号様式（第8条関係）

予防接種再接種実施報告書兼請求書

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者（被接種者又はその保護者）

住 所 保護者の場合

氏 名 印 続柄（ ）

電話番号

昭島市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

（裏面に続きます。）

被接種者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
接種機関	名 称	
	所 在 地	

ワクチン	区分	接種日	請求額
H i b 感染症	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	円
	3 回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
小児用 肺炎球菌	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	円
	3 回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
B 型肝炎	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	円
	3 回目	年 月 日	円
B C G		年 月 日	円
四種混合 (DPT-IPV)	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	円
	3 回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円

三種混合 (DPT)	1回目	年 月 日	円
	2回目	年 月 日	円
	3回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
不活化ポリオ	1回目	年 月 日	円
	2回目	年 月 日	円
	3回目	年 月 日	円
	追加	年 月 日	円
二種混合 (DT)		年 月 日	円
麻しん風しん 混合 (MR)	1期	年 月 日	円
	2期	年 月 日	円
麻しん	1期	年 月 日	円
	2期	年 月 日	円
風しん	1期	年 月 日	円
	2期	年 月 日	円
水痘	1回目	年 月 日	円
	2回目	年 月 日	円
日本脳炎	1期1回目	年 月 日	円
	1期2回目	年 月 日	円
	1期追加	年 月 日	円
	2期	年 月 日	円
HPV感染症	1回目	年 月 日	円
	2回目	年 月 日	円
	3回目	年 月 日	円
請求額合計			円

振込先

振込先 金融機関	銀行・農協		本店
	信金・信組		支店
	労金		出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※添付書類

- ・母子健康手帳又は接種済みの記載がある予診票など、予防接種の記録が記載されているものの写し
- ・再接種の費用に係る領収書の原本（それぞれの予防接種の内容と金額がわかるもの）
- ・振込先の口座番号がわかるもの（通帳の口座番号欄の写しなど）