

船橋市 B型肝炎予防接種費用助成申請書【市外で接種を受けた方用】

船橋市長 あて

申請者氏名 _____ 印

住 所 下 _____

電 話 番 号 _____ () _____

被接種者との続柄 _____

捨印

下記のとおり予防接種費用助成について申請します。

なお、この予防接種が任意接種であることを理解しており、接種を受けた日時時点で船橋市に住民登録がある（または、東日本大震災の被災者で、船橋市に避難者登録を受けている）ことに相違ありません。

また、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査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。（申請書提出期限：平成30年3月31日）※接種は平成30年2月28日までが対象です。

記

《接種を受けた子の情報》

フリガナ	
氏 名	
生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)
住 所	下 船橋市
接種年月日・料金 (H29.5.1~H30.2.28ま での接種が対象)	(1回目) 平成 年 月 日 料金(A) _____ 円 (2回目) 平成 年 月 日 _____ 円 (3回目) 平成 年 月 日 _____ 円
接種医療機関名 (複数記入可)	所在地 (市) 医療機関名 () 所在地 (市) 医療機関名 ()

接種ワクチン	助成上限額 (B) ※ (A) と 2,500 円のうち、低い方の額を記入
B型肝炎 (ビームゲン又はヘパバックスII)	(1回目) _____ 円 (2回目) _____ 円 (3回目) _____ 円
助成申請額 ※ (B) の合計額	円

(振込先金融機関) ※口座名義人は申請者と同一にしてください。

(銀行 ・ 信用金庫)				支店 (出張所)			
口座番号	普通・当座						
フリガナ							
口座名義人							