第１号様式（第５条関係）

令和７年度東大和市予防接種費助成金交付申請書

年　　月　　日

東大和市長　殿

申請者
住　　所
フリガナ
氏　　名
電話番号
被接種者との続柄：

令和７年度東大和市予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年齢
被接種者の氏名		年　月　日	歳
被接種者の住所 （申請者と異なる場合）	（申請者と異なる理由）		

予防接種の種類	接　種　日	接種費用	助成の額
Ｂ型肝炎	月　日、　月　日、　月　日	円	円
ヒブ	月　日、　月　日、　月　日	円	円
小児肺炎球菌	月　日、　月　日、　月　日	円	円
４種混合	月　日、　月　日、　月　日	円	円
５種混合	月　日、　月　日、　月　日	円	円
ＢＣＧ	月　日	円	円
水痘	月　日、　月　日	円	円
麻しん・風しん	月　日	円	円
日本脳炎	月　日、　月　日、　月　日	円	円
２種混合	月　日	円	円
ＨＰＶ	月　日、　月　日、　月　日	円	円
ロタウイルス	月　日、　月　日、　月　日	円	円
小児インフルエンザ	（１回目）　月　日　（２回目）　月　日	円	円
	助成金申請額		円

助成種別	□第２条第１号に該当（定期予防接種）　令和　年　月　日市外接種申請分 □第２条第２号に該当（定期予防接種対象期間後に行なった麻しん・風しん任意予防接種） □第２条第３号に該当（骨髄移植手術等の理由により、再接種した任意予防接種） □第２条第５号に該当（小児インフルエンザの任意予防接種）
添付書類	□被接種者の母子健康手帳又は予防接種を受けたことを証する書類の写し □予防接種に係る費用の領収書 □委任を証する書類の写し（親権者から委任を受けた者が申請する場合のみ） □予防接種の再接種に関する意見書（第２条第３号に該当者のみ）
同意書	私は、予防接種費用の助成を受けるため、私と被接種者の住民基本台帳を閲覧し、また、予防接種の状況等について医療機関に照会することに同意します。 年　月　日　申請者氏名

第４号様式（第７条関係）

東大和市長　殿

請求者 （保護者）	住　　　所	
	フリガナ	
	氏　　　名	㊞
	電話番号	

※朱肉を使う印鑑で押印してください。

令和７年度東大和市予防接種費助成金請求書

年　　月　　日付け大子家収第　　号により交付決定を受けた令和７年度東大和市予防接種費助成金について、下記のとおり請求します。

記

請求金額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円