

宛 先	〒 980-0803
	住所 仙台市青葉区国分町 3-7-1
	フリガナ アオバ ハナコ
	氏名 青葉 花子 様 <small>※申請者のお名前をご記入ください</small>

収 受 印		
	家庭健康課・保健福祉課	予防企画課

申請日： 令和 **6** 年 **4** 月 **1** 日

県外定期予防接種費用助成申請書（兼決定通知書）

（あて先）仙台市長

下記のとおり、県外定期予防接種費用の助成を申請します。

申 請 者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 宛先欄と同じ <small>※宛て先と異なる場合のみご記入ください</small>		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 宛先欄と同じ <small>※宛て先と異なる場合のみご記入ください</small>	申請者押印	
	被接種者との続柄	母	申請者の電話番号	(012) 3456-7890
被 接 種 者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <small>※宛て先と異なる場合のみご記入ください</small>		
	フリガナ	アオバ タロウ	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女	生 年 月 日 5 年 4 月 1 日 (満 1 歳)
	氏名	青葉 太郎	H・R	
支払金額（合計）		<small>※支払った金額を ご記入ください</small> 円		

【添付書類】 次の書類を貼り付け台紙に添付してください。

(1) 接種した医療機関等の領収書の写しと、医療費明細書の写し（被接種者の名前、支払金額、接種日、受領印、接種ワクチン及び接種医療機関が分かるもの）

(2) 予防接種の記載が記録されているもの（母子健康手帳の「予防接種の記録」の全ページの写し）

※添付書類は、原則返却しません。

◆裏面の支払金額内訳もご記入ください

【仙台市認定欄】

No:

1 決定事項

申請のありました標記について、仙台市県外定期予防接種費用助成に関する要綱第6条の規定により、下記のとおり決定しましたので通知します。

決定番号	仙台市（ <small>健保庁</small> ）指令第 記入しない 号		
交付の可否	可	否	交付金額 円
交付しない場合の理由			

2 通知年月日： 年 月 日 仙台市長