

移行抗体を用いた新生児等の感染症予防事業償還払申請書

姫路市長 様

移行抗体を用いた新生児等の感染症予防事業実施要綱第8条の規定に基づき、接種費用の支給（償還払）について下記のとおり申請します。

記

(申請者と対象者が同じ場合は氏名・続柄のみ記入、異なる場合は住所・連絡先も記入してください。)

| | | | |
|---------|-------|---------|-----|
| 申請日 | 年 月 日 | | |
| 申請者氏名 | | 住所 | 〒 - |
| 対象者との続柄 | | 連絡先(電話) | - - |

| | | | |
|------------------------------|------------|---------|----------------------|
| (フリガナ) 対象者氏名 (助成を受ける者) | | 生年月日 | S 年 月 日 (歳) H |
| 住民登録地の住所 | 〒 - 姫路市 | 妊娠週 | 週 (接種日時点) |
| | | 連絡先(電話) | - - |

| 添付書類 (添付した書類を✓してください。) | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 母子健康手帳の氏名・交付年月日が記載されたページの写し |
| <input type="checkbox"/> | 2 母子健康手帳の妊娠週数がわかるページの写し ※接種日時点で妊娠 24 週~36 週の方が対象です。 |
| <input type="checkbox"/> | 3 予防接種の名称及び費用が記載された領収書 (写し可) |
| <input type="checkbox"/> | 4 対象者 (接種した本人) の口座番号が記載された通帳等の写し ※費用は接種した本人の口座に振込ます。 |

※添付書類に不備があると申請することができません。