

みよし市任意予防接種費用助成事業 申請書 (令和 8 (2026) 年度)

[おたふくかぜ]

Application Form for Municipal Subsidy for Optional Vaccines (Mumps)

みよし市長

下記のとおり任意予防接種事業に係る費用の助成を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する予防接種台帳や住民記録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

I hereby apply for the Subsidy for Optional Vaccines and I also authorize Miyoshi City to verify my address registration status and to contact the medical facility if necessary.

記

Vaccination date 申請日 (接種日)	(year) 年	(month) 月	(day) 日
Guardian's Name 申請者 (保護者氏名)	Tel/Cel 電話番号 (携帯電話)		
Name of the vaccinated person (child) 被接種者 (予防接種を受ける者)	(ふりがな)	Gender 性別	Male 男 Female 女
		Date of birth 生年月日	(year) (month) (day) 年 月 日
Address 住所	Miyoshi-shi		
Medical Subsidy for Children Card Number 子ども医療費受給者番号	3	6	8
種類	対象	1回あたりの助成額*1	回数
おたふくかぜ	1歳～就学前	2,000円	上限2回

*1：助成額は、医療機関の窓口で接種費用から差し引かれます。

[医療機関の方へ]

- 記入漏れがないか確認をお願いします。
(特に受給者番号に誤りがないかご確認ください)
- 本申請書のみ報告書に添付して市へ請求してください。

接種医療機関					
医療機関コード					
医療機関名称					

予診票の添付は必要ありませんが、必要に応じて
照会させていただくことがあります。

- 3 接種医療機関名等を記入してください(ゴム印可)。

