

様式第3号(第9条関係)

予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

那智勝浦町長 様

年 月 日

那智勝浦町予防接種費用助成金交付要綱第9条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、審査に際して、被接種者の住民基本台帳を確認することや、町が関係機関等に問い合わせることに同意します。助成金につきましては、下記の口座への振込みを希望します。

記

申請者	ふりがな氏名			被接種者との続柄 ()
	住所	〒		
	電話番号			
被接種者 (予防接種を受けた人)	ふりがな氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
申請理由				
実施医療機関	名称			
	住所	〒		
	電話番号			

申請額	円(裏面の合計額を記入してください。)
-----	---------------------

口座名義 ※申請者と同一の名義にすること	名義(かな)												
	名義(漢字)												
振込口座	銀行等 ゆうちょ 銀行以外	金融機関	銀行・金庫・農協					本店・支店・出張所					
		預金種別	普通・当座	口座番号									
	ゆうちょ 銀行	種別	記号				番号(右詰めで記入)						
		総合口座 (通常預金)											

※助成金の交付の申請は、予防接種を受けた日から起算して1年以内に行ってください。

「助成限度額」は別表【接種費用助成一覧】のとおりです。

<添付書類>医療機関の領収書の原本(接種費用の詳細が分かるもの、
予診票、予防接種記録のある母子健康手帳又は予防接種済証

(裏面にも続きます)

※申請額の合計を、表面の申請額欄に記載してください。

予防接種種類	回数	接種日	支払額 A	助成上限額 B	助成対象額 (A・Bどちらか少ない額)
ロタウイルス ①ロタリックス(1価) ②ロタテック(5価) 該当するものに○をしてください。	1回目	年 月 日	円	1価 15,400円① 5価 10,370円②	円
	2回目	年 月 日	円	1価 15,400円① 5価 10,370円②	円
	3回目	年 月 日	円	5価 10,370円②	円
B型肝炎	1回目	年 月 日	円	6,940円	円
	2回目	年 月 日	円	6,940円	円
	3回目	年 月 日	円	6,940円	円
	追加	年 月 日	円	6,940円	円
ヒブワクチン	1回目	年 月 日	円	9,280円	円
	2回目	年 月 日	円	9,280円	円
	3回目	年 月 日	円	9,280円	円
	追加	年 月 日	円	9,280円	円
小児肺炎球菌	1回目	年 月 日	円	12,650円	円
	2回目	年 月 日	円	12,650円	円
	3回目	年 月 日	円	12,650円	円
	追加	年 月 日	円	12,650円	円
四種混合(DPV-IPV)	1回目	年 月 日	円	11,990円	円
	2回目	年 月 日	円	11,990円	円
	3回目	年 月 日	円	11,990円	円
	追加	年 月 日	円	11,990円	円
BCG	1回	年 月 日	円	10,230円	円
MR(麻しん風しん混合)	1期	年 月 日	円	11,440円	円
	2期	年 月 日	円	11,440円	円
	5期	年 月 日	円	10,615円	円
水痘	1回目	年 月 日	円	9,680円	円
	2回目	年 月 日	円	9,680円	円
日本脳炎	1回目	年 月 日	円	8,300円	円
	2回目	年 月 日	円	8,300円	円
	追加	年 月 日	円	8,300円	円
	2期	年 月 日	円	7,480円	円
二種混合(DT)	1回	年 月 日	円	5,330円	円
HPV	1回目	年 月 日	円	2・4価 17,100円 9価 31,400円	円
	2回目	年 月 日	円	2・4価 17,100円 9価 31,400円	円
	3回目	年 月 日	円	2・4価 17,100円 9価 31,400円	円
高齢者インフルエンザ	1回	年 月 日	円	5,550円 (自己負担金 1,000円を支払った場 合は、その額を差し引 いた額)	円
	生保	年 月 日	円	1,000円	円
高齢者肺炎球菌	1回	年 月 日	円	8,630円 (自己負担金 2,000円を支払った場 合は、その額を差し引 いた額)	円
	生保	年 月 日	円	2,000円	円
風しん抗体検査	1回	年 月 日	円	円	円
申請額合計					円