

五島市予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

五島市長様

申請者の住所 五島市

申請者の氏名

被接種者との関係 ( )

五島市予防接種費用助成金の交付を受けたいので、令和5年度五島市予防接種費用助成金交付要領第3条第2項の規定により関係書類を添えて申請します。

フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)					
被接種者氏名								〒	( )
住所	五島市							TEL	( )
請求額(合計)			円						
請 求 内 訳									
予防接種の種類	接種費用 ①	上限額 ②	回数	請求額 ①、②の低い額×回数	予防接種の種類	接種費用 ①	上限額 ②	回数	請求額 ①、②の低い額×回数
MR(1・2期)	円	11,055円		円	二種混合(DT)	円	4,994円		円
麻しん(1・2期)	円	7,480円		円	不活化ポリオ	円	9,295円		円
風しん(1・2期)	円	7,513円		円	子宮頸がん (2価・4価)	円	16,176円		円
B型肝炎	円	6,989円		円	子宮頸がん (9価)	円	26,315円		円
日本脳炎	円	7,218円		円	高齢者肺炎球菌 (生保)	円	8,404円		円
B C G	円	9,900円		円	高齢者肺炎球菌 (生保外)	円	5,404円		円
四種混合	円	10,450円		円	ロタウイルス (ロタリックス)	円	14,608円		円
ヒブ	円	7,744円		円	ロタウイルス (ロタテック)	円	9,273円		円
小児用肺炎球菌	円	11,220円		円	インフルエンザ (高齢者)	円	2,950円		円
水痘	円	10,780円		円	インフルエンザ (小学生以下)	円	3,150円		円
					インフルエンザ (中学生・妊婦)	円	4,200円		円
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	種別	普通・当座	口座名義(カタカナ)			

\*高齢者の接種について、申請者と被接種者が異なる場合は、請求に係る委任状または関係を証明する書類を添付してください。

【添付書類】(市役所記入欄)

領収書(原本)

助成対象者であることの証する書類

- 健康保険被保険者証・運転免許証・住民基本台帳カード・個人番号カード
- 生活保護受給者証明
- その他 ( )

\*高齢者肺炎球菌の接種者で、生活保護受給者以外の方は、自己負担額3,000円を差し引いた額を接種費用に記入してください。

領収書添付欄