

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7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 (A)	円				
請 求 内 訳					
予防接種の種類	接種費用① (領収書額)	上限額②	自己負担額③	回数④	請求額 ①,②の低い金額-③×④
MR (1・2期)	円	11,836 円	0 円		円
B型肝炎	円	7,051 円			円
日本脳炎	円	7,282 円			円
B C G	円	13,046 円			円
五種混合	円	20,245 円			円
四種混合	円	11,225 円			円
ヒ ブ	円	9,015 円			円
小児用肺炎球菌	円	11,995 円			円
水 痘	円	10,846 円			円
二種混合 (D T)	円	5,071 円			円
麻疹 (1・2期)	円	9,009 円			円
風しん (1・2期)	円	9,009 円			円
不活化ポリオ	円	10,070円			円
三種混合	円	5,736円			円
子宮頸がん予防	円	円			円
ロタウイルス	円	円		円	
高齢者肺炎球菌	円	8,470円	3,000 円		円
带状疱疹	円	円	円		円
合計金額 (A)					円

*上記に記載されていないワクチン、または、上限額・自己負担額欄が空白のワクチンにつきましては、裏面の「予防接種詳細」をご参考にしてください。

裏面もご記入ください

【振込先記入欄】

振込先	金融機関名	銀行	本店	種別	普通・当座	口座名義（カタカナ）
		金庫	支店	口座		
		農協	出張所	番号		

【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

- ☐ マイナンバーカード・健康保険被保険者証・運転免許証
☐ 生活保護受給者証明
☐ その他（ ）

*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。

【予防接種詳細】

予防接種の種類		上限額②	自己負担額③
子宮頸がん予防	2価・4価	16,239 円	0 円
	9価(シガート)	26,378 円	
ロタウイルス	ロタリックス	14,635 円	
	ロタテック	9,298 円	
带状疱疹	生水痘ワクチン	8,860 円	4,000 円
	組換えワクチン	22,060 円	10,000 円

※生活保護受給者は自己負担額③は0円