

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6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	11,055 円	0 円		円	
B型肝炎	円	6,989 円			円	
日本脳炎	円	7,218 円			円	
BCG	円	9,900 円			円	
五種混合	円	19,470 円			円	
四種混合	円	10,450 円			円	
ヒブ	円	7,744 円			円	
小児用肺炎球菌	円	11,220 円			円	
水痘	円	10,780 円			円	
二種混合 (DT)	円	4,994 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	8,404 円		3,000 円		円
インフルエンザ	円	円		円		円
	円	円	円		円	
	円	円	円		円	
	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**

