様式第３号　（第９条関係）

三沢市予防接種費用給付申請書

年　　月　　日

（宛先）　三沢市長

関係書類を添えて下記のとおり予防接種費用の給付を申請します。

なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、受領を口座名義人に委任します。

記　　※太枠内のみご記入ください。

被接種者	フリガナ		生年月日	年　月　日 （　歳　か月）
	氏名			
	住所	〒033- 青森県三沢市		
申請者	フリガナ		電話番号	
	氏名		被接種者との続柄	
	住所	□被接種者と同じ 〒		

予防接種			給付上限額 6歳未満	給付上限額 6歳以上	料金	回数	給付決定額
ロタ（1価）			15,466円	－	円		円
ロタ（5価）			10,736円	－	円		円
ヒブ			9,329円	－	円		円
小児用肺炎球菌			12,386円	－	円		円
Ｂ型肝炎	バイアル	0.5ml	7,086円	－	円		円
		0.25ml	6,821円	－	円		円
	シリンジ	0.5ml	7,172円	－	円		円
		0.25ml	6,859円	－	円		円
五種混合			20,603円	19,778円	円		円
四種混合			11,616円	10,791円	円		円
ＢＣＧ			11,616円	－	円		円
水痘			9,416円	－	円		円
ＭＲ混合			11,066円	10,241円	円		円
日本脳炎（第１期）			8,041円	7,216円	円		円
日本脳炎（第２期）			－	7,216円	円		円
二種混合			－	5,071円	円		円
ポリオ			10,516円	9,691円	円		円
ＨＰＶ		2、4価	－	16,841円	円		円
		9価	－	27,005円	円		円
高齢者肺炎球菌			－	－	円		円
帯状疱疹			－	－	円		円
インフルエンザ			－	－	円		円
新型コロナ			－	－	円		円
予診のみ			4,026円	3,201円	円		円
申請額合計					円		円

振込先				
金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店	
預金種別	普通　・　当座	口座番号		
口座名義人（カナ）				

※添付書類：①母子健康手帳（予防接種の頁）の写し又は予防接種済証の写し　②領収書（予防接種を受けた医療機関の名称、受診年月日、各予防接種に要した額及び受領日が記載されているもの）　③医療機関記載済みの予防接種予診票　④振込先口座が確認できる預金通帳の写し

上記申請に基づく給付決定額 円	課　長	課長補佐	係　長	担当者	受付者