

三沢市予防接種費用給付申請書

記入例

月 日

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。

給付対象者氏名	(ふりがな) 氏名 (みさわ いちろう 三沢 一郎)	生年月日 T・S・I・R 3年 8月 8日 (0歳 8か月)
個人番号(マイナンバー)	XXXXXXXXXXXXXXXX	
給付対象者の保護者	三沢 太郎	S 4年 9月 9日 (29歳)
個人番号(マイナンバー)	XXXXXXXXXXXXXXXX	
給付対象者の住所	〒033-0001 三沢市桜町1-1-38 (電話0176-53-5111)	

予防接種	費用給付上限額	料金	回数	給付決定額	
ロタ (1価)	15,400円	円		円	
ロタ (5価)	10,670円	円		円	
ヒブ	8,910円	円		円	
小児用肺炎球菌	12,320円	円		円	
B型肝炎	バイアル	0.5ml	7,020円	円	円
		0.25ml	6,755円	円	円
	シリンジ	0.5ml	7,106円	円	円
		0.25ml	6,793円	円	円
四種混合	6歳未満	11,550円	円	円	
	6歳以上	10,725円	円	円	
BCG	0,000円	円		円	
水痘				円	
MR混合	6歳未満			円	
	6歳以上			円	
日本脳炎 (第1期)	6歳未満	7,975円	円	円	
	6歳以上	7,150円	円	円	
日本脳炎 (第2期)		7,150円	円	円	
二種混合		5,005円	円	円	
ポリオ	6歳未満	10,450円	円	円	
	6歳以上	9,625円	円	円	
HPV	2,4価	16,775円	円	円	
	9価	26,939円	円	円	
インフルエンザ		-	円	円	
予診のみ	6歳未満	3,993円	円	円	
	6歳以上	3,168円	円	円	
申請額合計			円	円	

記入不要

三沢市長 申請者住所 給付対象者と同じ

申請者氏名 三沢 太郎 (続柄: 父)
 申請者電話番号 0176-53-5111

振込先	金融機関名	三沢 銀行		本店			
	預金種別	普通	当座	支店			
	口座番号	1	2	3	4	5	6
口座名義人		三沢 太郎					

※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領収書の写し(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	課長	課長補佐	係長	担当者	受付者
円	記入不要				