

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	
	氏名			(歳	か)	月)
	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		料金	回数	給付決定額
		6歳未満	6歳以上			
ロタ (1価)		15,466 円	—	円		円
ロタ (5価)		10,736 円	—	円		円
ヒブ		9,407 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	6,890 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
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		—	6,336 円	円		円
ポリオ		10,516 円	9,691 円	円		円
HPV (9価)		—	27,005 円	円		円
RS		—	30,090 円	円		円
高齢者肺炎球菌		—	—	円		円
带状疱疹		—	—	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 _____ 円	課長	課長補佐	係長	担当者	受付者