

予防接種費用助成申請書

年 月 日

上郡町長 あて

申請者

住 所 上郡町

氏 名 (被接種者との続柄) 印

電話番号 () -

裏面「予防接種内訳書」のワクチンを接種しましたので、必要書類を添付し接種費用の一部助成を申請します。

また、予防接種費用の一部助成支給申請にかかる事務を行うことにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。

被接種者	住 所	上郡町							
	フリガナ								
	氏 名							性 別	男 ・ 女
	生年月日	年		月		日 (歳		カ月)	
接種を受けた医療機関		()都・道・府・県 医療機関名()							
助 成 金 申 請 額		円 (内訳は、「予防接種内訳書」のとおり) ※申請額は、裏面「予防接種内訳書」の助成金額合計欄の金額を記入してください。							
支給決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。									
振込先 (申請者名義)	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合							
	種 別	普通 当座	口座番号						
	(フリガナ)								
	口座名義人								

※口座名義欄に申請者氏名以外を記入する場合は下記の委任状に記入・押印が必要です。

委任状	私は、上記口座名義人を代理者と定め、予防接種費用助成金の受領に関する権限を委任します。 申請者氏名 印
-----	--

※申請に必要なもの

- 予防接種をしたことが分かる領収書と内訳の原本(金額、氏名、予防接種の種類が記載されているもの。お返しできません。)
- 予防接種を受けたことが確認できる親子健康手帳(母子健康手帳)の写し
- 接種者本人・申請者の住所および本人確認のできるもの
- 振込先金融機関名・支店名・口座種別・口座番号のわかるもの
- 印鑑(シャチハタ以外)

注)接種日から1年以内に上郡町保健センターへ申請してください。

※処理欄は記入しないで下さい。

処理欄	決定年月日	年	月	日
	支給決定額	円		

予防接種内訳書

- ①対象の予防接種は、定期予防接種に限ります。
- ②助成金の申請は、接種された日から1年以内です。
- ③助成金の額は接種費用と上限額のいずれか低い方の額になります。

■ 予防接種助成金上限額

予防接種名	上限額	予防接種名	上限額
B型肝炎	6歳未満： 6, 253円	日本脳炎	6歳未満： 7, 430円
	6歳以上： 5, 503円		6歳以上： 6, 680円
ヒブ感染症	8, 391円	二種混合 (DT)	4, 574円
小児の肺炎球菌感染症	11, 696円	不活化ポリオ (IPV)	6歳未満： 9, 806円
四種混合 (DPT-IPV)	6歳未満： 10, 940円		6歳以上： 9, 056円
		6歳以上： 10, 190円	麻しん
BCG	7, 160円	6歳以上： 6, 194円	
麻しん風しん混合	6歳未満： 10, 454円	風しん	6歳未満： 6, 955円
	6歳以上： 9, 704円		6歳以上： 6, 205円
水痘	8, 780円	ヒトパピローマウイルス感染症	16, 130円

■ 予防接種内訳

予防接種名・回数	接種日	接種時の月齢	接種費用	上限額(上記参照)	助成金額(上記③参照)
例 ヒブ感染症 初回1回目	H 31年 4月 1日	歳 2か月	8, 200 円	8, 391 円	8, 200 円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
	年 月 日	歳 か月	円	円	円
助 成 金 額 合 計					円