

定期予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

みなかみ町長 様

住所 みなかみ町

申請者氏名

※被接種者からみた続柄 ()

被接種者氏名

被接種者生年月日 年 月 日

電話番号

定期予防接種を受けましたので、予防接種予診票、領収書及び内訳書を添付し、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

内 訳（消費税含む。）

申請金額	¥
------	---

予防接種の種類	接種費用	上限額	回数	申請金額	備考
1 B型肝炎	12月に至るまで	円 7,000円	回	円	
2 四種混合(DPT-IPV)	1期 2~90月に至るまで	円 11,770円	回	円	
3 三種混合(DPT)	1期 2~90月に至るまで	円 7,500円	回	円	
4 二種混合(DT)	1期 2~90月に至るまで	円 7,260円	回	円	
	2期 11~13歳未満	円 5,010円	回	円	
5 麻しん風しん	1期 12~24月に至るまで	円 12,710円	回	円	
	2期	円 11,280円	回	円	
6 麻しん	1期 12~24月に至るまで	円 9,240円	回	円	
	2期	円 7,810円	回	円	
7 風しん	1期 12~24月に至るまで	円 9,260円	回	円	
	2期	円 7,830円	回	円	
8 日本脳炎	1期 6~90月に至るまで	円 8,100円	回	円	
	2期 9~13歳未満	円 7,280円	回	円	
	特例措置	円 7,280円	回	円	
9 BCG	12月に至るまで	円 11,330円	回	円	
10 ポリオ(IPV)	3~90日に至るまで	円 10,560円	回	円	
11 子宮頸がん予防	2価・4価	円 17,040円	回	円	
	9価	円 27,930円	回	円	
12 ヒブ	2~60月に至るまで	円 9,120円	回	円	
13 小児用肺炎球菌	2~60月に至るまで	円 12,490円	回	円	
14 水痘	12~36月に至るまで	円 9,780円	回	円	

15 ロタ	ロタリックス	生後6週0日後～24週0日後まで	円	15,240円	回	円
	ロタテック	生後6週0日後～32週0日後まで	円	10,840円	回	円
合 計						円

【注意事項】(1) 償還払い申請の受付は、接種された日の翌日から1年以内です。

(2) 償還払い額は、接種費用と上限額のいずれか低い方の額になります。

振込口座 ※口座名義人は、被接種者又はみなかみ町に住所の有する保護者としてください。

金融機関名	銀行	本・支店
種別	普通	当座 其他
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		