様式第２号（第５条関係）

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

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 |
| １Ｂ型肝炎 | | | 12月に至るまで | 円 | ７,０００円 | 回 | 円 |  |
| ２五種混合(DRT-IPV-Hib) | | | １期 2～90月に至るまで | 円 | ２０，７５０円 | 回 | 円 |  |
| ３四種混合(DPT-IPV） | | | １期 3～90月に至るまで | 円 | １１,７７０円 | 回 | 円 |  |
| ４三種混合（DPT） | | | １期 3～90月に至るまで | 円 | ７,５００円 | 回 | 円 |  |
| ５二種混合（DT） | | | １期 3～90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 |  |
| ６麻しん風しん混合 | | | １期 12～24月に至るまで | 円 | １２,７１０円 | 回 | 円 |  |
| ２期 | 円 | １１,２８０円 | 回 | 円 |  |
| ７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 |  |
| ８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 |  |
| ９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 |  |
| 10ＢＣＧ | | | 12月に至るまで | 円 | １２,９８０円 | 回 | 円 |  |
| 11ポリオ（IPV） | | | ３～90月に至るまで | 円 | １０,５６０円 | 回 | 円 |  |
| 12子宮頸がん予防 | | 2価・4価 | 小6～高1相当の女子 | 円 | １７,０４０円 | 回 | 円 |  |
| ９価 | 円 | ２７,９３０円 | 回 | 円 |  |
| 13ヒブ | | | 2～60月に至るまで | 円 | １０，０１０円 | 回 | 円 |  |
| 14小児用肺炎球菌 | | | 2～60月に至るまで | 円 | １２,５７０円 | 回 | 円 |  |
| 15水痘 | | | 12～36月に至るまで | 円 | ９,７８０円 | 回 | 円 |  |
| 16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 |  |
| 17 インフルエンザ | | | 65歳以上及び60歳以上65歳未満は厚生労働省令に定める者 | 円 | ３,８００円 | 回 | 円 |  |
| 上記対象者のうち生活保護受給者 | 円 | ５,０００円 | 回 | 円 |  |
| 18 高齢者肺炎球菌 | | | 65歳以上及び60歳以上65歳未満は厚生労働省令に定める者 | 円 | ５,７２０円 | 回 | 円 |  |
| 上記対象者のうち生活保護受給者 | 円 | ８,７２０円 | 回 | 円 |  |
| 19 新型コロナ | | | 65歳以上及び60歳以上65歳未満は厚生労働省令に定める者 | 円 | １２,６７０円 | 回 | 円 |  |
| 上記対象者のうち生活保護受給者 | 円 | １５,６７０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　　　　その他 |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |