

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		¥		
内 訳（消費税含む。）							
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 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	
10 B C G		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		