

定期予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

みなかみ町長 様

住 所 みなかみ町

申請者氏名 印

※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）				請求金額	¥		
予防接種の種類			接種費用	上限額	回数	申請金額	備考
1 ロタ	ロタリックス(1価)	生後6週0日後～24週0日後まで	円	円	回	円	
	ロタテック(5価)	生後6週0日後～32週0日後まで	円	円	回	円	
2 B型肝炎		12月に至るまで	円	円	回	円	
3 Hib（ヒブ）		2～60月に至るまで	円	円	回	円	
4 小児用肺炎球菌		2～60月に至るまで	円	円	回	円	
5 五種混合（DPT-IPV-Hib）		1期 2～90月に至るまで	円	円	回	円	
6 四種混合（DPT-IPV）		1期 2～90月に至るまで	円	円	回	円	
7 三種混合（DPT）		1期 2～90月に至るまで	円	円	回	円	
8 二種混合（DT）	1期 3～90月に至るまで		円	円	回	円	
	2期 11～13歳未満		円	円	回	円	
9 不活化ポリオ（IPV）		2～90月に至るまで	円	円	回	円	
10 BCG		12月に至るまで	円	円	回	円	
11 麻しん風しん混合	1期		円	円	回	円	
	2期		円	円	回	円	
	特例措置		円	円	回	円	
12 麻しん	1期		円	円	回	円	
	2期		円	円	回	円	
	特例措置		円	円	回	円	
13 風しん	1期		円	円	回	円	
	2期		円	円	回	円	
	特例措置		円	円	回	円	
14 水痘		12～36月に至るまで	円	円	回	円	
15 日本脳炎	1期 6～90月に至るまで		円	円	回	円	
	2期 9～13歳未満		円	円	回	円	
	特例措置		円	円	回	円	
16 HPV	2・4価	小6～高1相当の女子	円	円	回	円	
	9価	特例措置	円	円	回	円	
合 計						円	

【注意事項】（1）申請の受付は、接種された日の翌日から1年以内です。
（2）申請金額は、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		