

予 防 接 種 費 助 成 申 請 書			
			令和 年 月 日
高根沢町長 神林 秀治 様		(申請者) 被接種者が未成年者であるときは、当該被接種者の保護者	
		住所 高根沢町	
		氏 名	
		電話番号	
被 接 種 者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名	(男・女)	年 月 日 (満 歳 か月)
振込金融機関	銀行	本店	口座番号
	農 協	支店	ふりがな
	信用組合	支所	口座名義
	信用金庫		

※ 振込口座は申請者のものにしてください。

受診済票兼領収書(医療機関で記載してください)

接 種 医 療 機 関	所在地	接 種 料 金	円	接 種 年 月 日	
	名 称			令和 年 月 日	
	氏 名	印			
ワ ク チ ン の 種 類					
* 5種混合(1回目・2回目・3回目・追加) * BCG * 水痘 (1回目・2回目) * 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) * B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) * 日本脳炎 第1期(1回目・2回目・追加)・第2期 * 2種混合 * 麻しん風しん混合 (MR) ワクチン (第1期・第2期) * ロタ [1価(1回目・2回目)・5価(1回目・2回目・3回目)] * 麻しん * 風しん * 子宮頸がん予防ワクチン (1回目・2回目・3回目) * RS					

※ この欄は記入しないでください

決 裁	所 長	係 長	係		伺	令和 年 月 日
					決 定	令和 年 月 日
					支 給 日	令和 年 月 日
確 認 欄						
1 接種時年齢【 歳 か月】			2 予防接種済み【済 ・ 未】			
ワクチン区分及び限度額						
* 5種混合 (20,900円) * BCG(11,550円) * 水痘 (9,900円) * 小児用肺炎球菌 15価・20価(13,200円) * B型肝炎 (7,700円) * 日本脳炎ワクチン (7,700円) * 2種混合(7,000円) * 麻しん風しん混合 (MR) ワクチン [第1期(12,100円)・第2期(11,000円)] * ロタ [1価(16,500円)・5価(11,000円)] * 麻しん(6,600円) * 風しん(6,600円) * 子宮頸がん予防ワクチン 9価 (27,500円) * RS(30,100円)						
査定結果	1 承認 2 不承認 (理由)				支給金額	円

※ 支給限度額を越えた場合、自己負担