

様式第3号

津山市予防接種費用償還払申請書

令和 年 月 日

次のとおり定期予防接種(A類疾病)に係る費用について、委託契約外医療機関で接種したため関係書類を添えて申請します。

申請者 (口座名義人)	氏名  (生年月日: 年 月 日) 被接種者との続柄( )	住所	〒 電話 ( ) -							
被接種者	氏名  (生年月日: 年 月 日)	住所	・申請者に同じ 〒 電話 ( ) -							
内訳	種類	1回あたりの上限額			接種回数			金額	津山市決定欄	
		令和4年4月から	令和5年4月から	令和6年4月から	令和4年4月から	令和5年4月から	令和6年4月から			
	<input type="checkbox"/> 五種混合	6歳未満	<del>11,640円</del>	<del>11,640円</del>	20,500円	回	回	回	円	円
		6歳以上	<del>19,670円</del>	<del>19,670円</del>	19,670円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 四種混合	6歳未満	11,640円	11,640円	11,660円	回	回	回	円	円
		6歳以上	10,810円	10,810円	10,840円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 三種混合	6歳未満	6,040円	6,040円	6,060円	回	回	回	円	円
		6歳以上	5,210円	5,210円	5,240円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 二種混合	1期:6歳未満	5,340円	5,340円	5,360円	回	回	回	円	円
		1期:6歳以上	4,520円	4,520円	4,540円	回	回	回	円	円
		2期	3,940円	3,940円	3,960円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	6歳未満	10,370円	10,370円	10,400円	回	回	回	円	円
		6歳以上	9,550円	9,550円	9,570円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> BCG		9,880円	9,880円	11,550円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	6歳未満	11,030円	11,030円	11,060円	回	回	回	円	円
		6歳以上	10,210円	10,210円	10,230円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 麻しん	6歳未満	7,490円	7,490円	7,510円	回	回	回	円	円
		6歳以上	6,670円	6,670円	6,690円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 風しん	6歳未満	7,490円	7,490円	7,510円	回	回	回	円	円
		6歳以上	6,670円	6,670円	6,690円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	6歳未満	8,030円	8,030円	8,050円	回	回	回	円	円
		6歳以上	7,210円	7,210円	7,230円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV)	2価・4価	16,750円	16,750円	16,780円	回	回	回	円	円
		9価	<del>16,750円</del>	28,000円	28,020円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> ヒブ		8,930円	8,930円	9,240円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌		12,300円	12,300円	12,320円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 水痘		9,330円	9,330円	9,350円	回	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> B型肝炎		6,750円	6,750円	6,770円	回	回	回	円	円
<input type="checkbox"/> ロタウイルス	ロタリックス(1価)	14,830円	14,830円	14,830円	回	回	回	円	円	
<input type="checkbox"/> ロタウイルス	ロタテック(5価)	9,800円	9,800円	9,800円	回	回	回	円	円	
支払金額合計								円	合計	
申請金額								金	円	
								円	助成決定金額	
								円	円	

決定	承認・不承認	受理年月日 (受付印)	
決定年月日			
受付職員名			
住民票チェック			

添付書類

- 1) 予防接種をした際の領収書
- 2) 予防接種を受けたことを証明する書類の写し(親子(母子)健康手帳等)
- 3) その他市長が必要と認める書類