

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	〒 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2年4月から	令和2年10月から	令和2年4月から	令和2年10月から			
	<input type="checkbox"/> 四種混合	6歳未満	11,640円	11,640円	回	回	円	円
		6歳以上	10,810円	10,810円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 三種混合	6歳未満	6,040円	6,040円	回	回	円	円
		6歳以上	5,210円	5,210円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 二種混合	1期:6歳未満	5,340円	5,340円	回	回	円	円
		1期:6歳以上	4,520円	4,520円	回	回	円	円
		2期	3,940円	3,940円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	6歳未満	10,370円	10,370円	回	回	円	円
		6歳以上	9,550円	9,550円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> BCG		7,680円	7,680円	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	回	回	円	円
		6歳以上	10,210円	10,210円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 麻しん	6歳未満	7,490円	7,490円	回	回	円	円
		6歳以上	6,670円	6,670円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 風しん	6歳未満	7,490円	7,490円	回	回	円	円
		6歳以上	6,670円	6,670円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	6歳未満	8,030円	8,030円	回	回	円	円
		6歳以上	7,210円	7,210円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん		16,750円	16,750円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> ヒブ		8,930円	8,930円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌		12,300円	12,300円	回	回	円	円
	<input type="checkbox"/> 水痘		9,330円	9,330円	回	回	円	円
<input type="checkbox"/> B型肝炎		6,750円	6,750円	回	回	円	円	
<input type="checkbox"/> ロタウイルス	ロタリックス(1価)		14,830円		回	円	円	
<input type="checkbox"/> ロタウイルス	ロタテック(5価)		9,800円		回	円	円	
支払金額合計						円	合計 円	
申請金額 金 円							助成決定金額 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