

申請書の氏名・住所は「請求書」に記載する氏名・住所と一致するようにお願いします。

次 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。

記入例

申請者 (口座名義人)	氏名	津山 花子 (生年月日: 平成〇〇年〇〇月〇〇日) 被接種者との続柄(母)		住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 津山市山北〇〇〇-〇〇 電話 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇
被接種者	氏名	津山 太郎 (生年月日: 令和〇年〇〇月〇〇日)		住所	〒 電話 () -

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