

様式第 3 号 (第 6 条関係)

年 月 日

## 定期予防接種県外実施費助成金申請書

湖南市長 宛

申請者 氏名 ⑩  
 住所  
 電話番号

定期予防接種費の償還払を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。  
 なお、医療機関に対して接種内容等の照会を行うこと、被接種者及び保護者の住所等に関する公簿を閲覧することについて同意します。

## 記

被接種者 氏名		保護者 氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )		
住 所			
連 絡 先			
申 請 額	円 (裏面詳細の合計額)		
振 込 先	金融 機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所 出張所 代理店
	預金 種別	普 通 ・ 当 座	(フリガナ) 口座名義人 ( )
	口座 番号		(右詰記入)

注：枠の中をご記入ください。

振込先は、被接種者の保護者の口座に限ります

種 類	①助成 上限額	②医療機関へ の支払額	接種 回数	③申請額
R S ウ イ ル ス	30,261円	円	回	円
B 型 肝 炎	6,432円	円	回	円
ロ タ リ ッ ク ス ( R V 1 )	14,971円	円	回	円
ロ タ テ ッ ク ( R V 5 )	9,944円	円	回	円
ヒ ブ ワ ク チ ン	8,912円	円	回	円
小 児 用 肺 炎 球 菌 ワ ク チ ン	11,891円	円	回	円
五 種 混 合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ)	20,031円	円	回	円
三 種 混 合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	9,306円	円	回	円
不 活 化 ポ リ オ	9,966円	円	回	円
二種混合 (ジフテリア・破傷風)	6,666円	円	回	円
B C G	11,451円	円	回	円
麻 し ん 風 し ん 混 合	10,626円	円	回	円
麻 し ん	7,084円	円	回	円
風 し ん	7,084円	円	回	円
水 痘	8,921円	円	回	円
日 本 脳 炎	7,546円	円	回	円
ヒトパピローマウイルス感染症 (9価)	29,821円	円	回	円
計				円

※③申請額 = (①と②の安い方の額) × 接種回数