

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 (印)
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								
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 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
高 齢 者 イ ン フ ル エ ン ザ	3,291円	円	回	円
個人負担なし	5,291円	円	回	円
高 齢 者 新 型 コ ロ ナ ウ イ ル ス	11,241円	円	回	円
個人負担なし	15,741円	円	回	円
成 人 用 肺 炎 球 菌	5,877円	円	回	円
個人負担なし	8,377円	円	回	円
帯 状 疱 疹 (生 ・ ビ ケ ン)	6,091円	円	回	円
個人負担なし	8,591円	円	回	円
帯 状 疱 疹 (組 換 え ・ シ ン グ リ ッ ク ス)	15,291円	円	回	円
個人負担なし	21,791円	円	回	円
計				円

※③申請額＝(①と②の安い方の額)×接種回数

※個人負担金なしの人は、自己負担金免除可否決定通知書を一緒に提出してください。

個人負担金ありの人は、各予防接種で一部自己負担をしていただきます。医療機関への支払金額から下記の金額を差し引いて②へ記入してください。

【各予防接種の自己負担金】

高齢者インフルエンザ	2,000 円
高齢者新型コロナウイルス	4,500 円
成人用肺炎球菌	2,500 円
带状疱疹（生ワクチン）	2,500 円
带状疱疹（組換えワクチン）	6,500 円