

様式第 3 号（第 6 条関係）

年 月 日

湖南市長 宛

定期予防接種県外実施費助成金申請書

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。

記

被接種者 氏名					保護者 氏名	(被接種者が未成年者のみ記入)			
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 出張所			
	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（高齢者の場合は被接種者）の口座に限ります。

《医療機関発行の領収書の写しが添付できない場合》

県外定期予防接種助成の確認のため、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。

氏名 _____ 印
自署の場合は押印省略

2023年度

種 類	①助成 上限額	②医療機関へ の支払額	接種 回数	③請求額
ヒ ブ ワ ク チ ン	8,459円	円	回	円
小 児 用 肺 炎 球 菌 ワ ク チ ン	11,825円	円	回	円
四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化 ポ リ オ ）	11,055円	円	回	円
B C G	9,735円	円	回	円
麻 し ん 風 し ん 混 合	10,560円	円	回	円
麻 し ん	7,018円	円	回	円
風 し ん	7,018円	円	回	円
水 痘	8,855円	円	回	円
日 本 脳 炎	7,480円	円	回	円
二種混合（ジフテリア・破傷風）	5,335円	円	回	円
ヒトパピローマウイルス感染症 （ 2 価 ・ 4 価 ）	17,105円	円	回	円
ヒトパピローマウイルス感染症 （ 9 価 ）	27,127円	円	回	円
三 種 混 合 （ジフテリア・百日咳・破傷風）	5,566円	円	回	円
不 活 化 ポ リ オ	9,900円	円	回	円
B 型 肝 炎	6,366円	円	回	円
ロ タ リ ッ ク ス （ R V 1 ）	14,905円	円	回	円
ロ タ テ ッ ク （ R V 5 ）	9,878円	円	回	円
高 齢 者 イ ン フ ル エ ン ザ	3,225 円	円	回	円
個人負担なし	5,225 円	円	回	円
成 人 用 肺 炎 球 菌	5,809 円	円	回	円
個人負担なし	8,309 円	円	回	円
計				円

※③申請額＝（①と②の安い方の額）×接種回数

※高齢者インフルエンザ、成人用肺炎球菌接種者で、個人負担金なしの方は、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。個人負担金ありの方は、高齢者インフルエンザ 2,000 円、成人用肺炎球菌 2,500 円を差し引いた金額を請求してください。