

所沢市予防接種接種料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

(保護者)

電 話 _____

所沢市予防接種接種料の助成に関する要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

また、助成要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳等の公簿を確認し、及び予防接種を受けた医療機関に照会することに同意します。

対象者氏名	
生年月日	年 月 日
予防接種接種料	Ⓐ 円
請求金額	Ⓑ 円 ※この欄は訂正できません。
振込先 (どちらかを選択)	<input type="checkbox"/> 私は、別に添付した通帳等の写しの口座への振込みを希望します。 (振込先の金融機関名、支店名・出張所名、預金種目、口座番号及び口座名義(カタカナ)が分かる通帳等の写しを添付してください。) <input type="checkbox"/> 私は、所沢市予防接種接種料助成金、所沢市造血幹細胞移植後の予防接種任意再接種料助成金及び所沢市妊娠を希望する女性等に対する風しん任意予防接種接種料助成金のうち、前回申請した助成金について交付を受けた口座への振込みを希望します。

【添付書類】

- 1 接種した予防接種に係る領収書 (原本)
- 2 予防接種を受けたことが分かる書類 (領収書に当該事実の記載がある場合を除く。)
- 3 予防接種の記録がされているもの (母子健康手帳の写し等)
- 4 予防接種接種料助成金算出表

■予防接種接種料助成金算出表（令和2年10月1日以降接種分）

【記入の手順】下表の**太枠内**に必要事項をご記入ください。

- ・②と④を比較し、低い方の金額を「⑤請求金額」欄に記入してください。
- ・④の合計金額A、⑤の合計金額Bを、申請書兼請求書のA欄、B欄に記入してください。
（請求金額は訂正できないため、間違わないように記載してください）

①予防接種の種類	②助成限度額	③接種年月日	④予防接種接種料（税込） （自己負担額）	⑤請求金額 （②と④を比較し低い方の額）
ヒブ	6歳未満 9,570円 6歳以上 8,740円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
小児用肺炎球菌	12,700円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
B型肝炎	8,580円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
ロタウイルス （ロタリックス） （1価）	16,020円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
ロタウイルス （ロタテック） （5価）	10,680円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
四種混合	6歳未満13,360円 6歳以上11,110円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
BCG	9,350円	年 月 日	円	円
二種混合	6歳未満 7,160円 6歳以上 4,910円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
麻しん風しん混合	6歳未満12,700円 6歳以上10,450円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
水痘	6歳未満11,000円 6歳以上 8,740円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
日本脳炎	6歳未満 9,620円 6歳以上 7,370円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
子宮頸がん	16,990円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
合 計 金 額			① 円	② 円

※その他の予防接種の限度額（接種された場合は、空欄にご記入ください）

麻しん（6歳未満 9,130円、6歳以上 6,870円）・風しん（6歳未満 9,140円、6歳以上 6,880円）

・不活化ポリオ（6歳未満 10,780円、6歳以上 9,950円）