

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 _____

(申請は対象者本人(18歳未満の場合はその保護者)に限ります。)

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
請求金額	円
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、前回申請した所沢市予防接種接種料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又はその写し
- 2 予防接種を受けたことが分かる書類又はその写し(1の領収書又はその写し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、予診票の写し等)
- 4 予防接種接種料助成金算出表
- 5 生活保護又は中国残留邦人等支援給付制度の受給者の方は受給証明書の写し(成人用肺炎球菌、高齢者インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症及び带状疱疹の予防接種の場合に限る。)

■ 予防接種接種料助成金算出表（令和8年4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。
- ・合計金額を、申請書兼請求書の請求金額欄に記入し、金額の前に¥マークをつけてください。
（請求金額は訂正できないため、間違えないようにご記入ください。）

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）
小児用肺炎球菌	12,815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	8,784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）	16,060円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
ロタウイルス （ロタテック） （5価）	10,714円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
五種混合	6歳未満22,462円 6歳以上20,207円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
BCG	13,475円	年 月 日	円	円
二種混合	6歳未満 9,020円 6歳以上 6,765円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
麻しん風しん混合	6歳未満13,035円 6歳以上10,780円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
水痘	6歳未満11,275円 6歳以上 9,020円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
日本脳炎	6歳未満 9,900円 6歳以上 7,645円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
HPV	9価28,270円	年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
RSウイルス	30,360円	年 月 日	円	円
	円	年 月 日	円	円
	円	年 月 日	円	円
	円	年 月 日	円	円
合 計 金 額				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 9,438円、6歳以上 7,183円）・風しん（6歳未満 9,438円、6歳以上 7,183円）
- ・不活化ポリオ（6歳未満 10,890円、6歳以上 10,065円）・三種混合（6歳未満 11,660円、6歳以上 9,405円）
- ・ヒブ（6歳未満 9,736円、6歳以上 8,911円）・四種混合（6歳未満 13,585円、6歳以上 11,330円）