

申請日 年 月 日

日向市長 様

※太枠内のみ記入をお願いします。

申請者	氏名	被接種者との続柄 ( )		
	住所	日向市		
	電話			
被接種者	氏名		生年月日	年 月 日
	接種医療機関名			

### 定期予防接種 (県外接種) 償還払申請書兼請求書

予防接種費として、次の金額を請求します。(詳細については、裏面に記載あり)

金額	十万	万	千	百	十	円
----	----	---	---	---	---	---

振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協
	支店名	本店・支店
	預金の種類	普通
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

#### ◎関係書類 (請求書に添付する書類)

- 1 医療機関で発行された領収書又はその写し

※予防接種受診日及び医療機関押印があるもの、異なるワクチンを同時接種した場合はそれぞれのワクチン単価が分かるもの

- 2 受診した予診票又はその写し (医師の署名又は記名押印が必要です)
- 3 予防接種の記録が記載されているもの (母子健康手帳、予防接種済証等)
- 4 振込先通帳の写し (申請者本人名義の通帳)

種類 (該当するものに○)	接種回数	接種日	予防接種に 要した額	助成金額	助成限度額/回 ( 年度)
5種混合(2月～3歳未満)	1期初回(1・2・3)・1期追加		円	円	円
5種混合(3歳～6歳未満)	1期初回(1・2・3)・1期追加		円	円	円
5種混合(6歳以上)	1期初回(1・2・3)・1期追加		円	円	円
3種混合(2月～3歳未満)	1期初回(1・2・3)・1期追加		円	円	円
3種混合(3歳～6歳未満)	1期初回(1・2・3)・1期追加		円	円	円
3種混合(6歳以上)	1期初回(1・2・3)・1期追加		円	円	円
2種混合			円	円	円
麻疹風疹(1歳～2歳未満)			円	円	円
麻疹風疹(5歳～6歳未満・			円	円	円
麻疹風疹(6歳～7歳未満)			円	円	円
麻疹風疹特例1期			円	円	円
麻疹風疹特例2期			円	円	円
麻疹単独( 歳～ 歳未満)	1期・2期		円	円	円
風疹単独( 歳～ 歳未満)	1期・2期		円	円	円
日本脳炎1期(6月～3歳未満)	1期初回(1・2)・1期追加		円	円	円
日本脳炎1期(3歳～6歳未満)	1期初回(1・2)・1期追加		円	円	円
日本脳炎1期(6歳以上)	1期初回(1・2)・1期追加		円	円	円
日本脳炎2期(9歳～13歳未満)			円	円	円
日本脳炎特例措置(20歳未満)	1期初回(1・2) 1期追加・2期		円	円	円
不活化ポリオ(2月～3歳未満)	初回(1・2・3)・追加		円	円	円
不活化ポリオ(3歳～6歳未満)	初回(1・2・3)・追加		円	円	円
不活化ポリオ(6歳以上)	初回(1・2・3)・追加		円	円	円
BCG			円	円	円
HPV(9価)	1回目・2回目・3回目		円	円	円
Hib	初回(1・2・3)・追加		円	円	円
小児用肺炎球菌	初回(1・2・3)・追加		円	円	円
水痘	1回目・2回目		円	円	円
B型肝炎	1回目・2回目・3回目		円	円	円
ロタリックス	1回目・2回目		円	円	円
ロタテック	1回目・2回目・3回目		円	円	円
RSウイルス					
接種不可	6歳未満・6歳以上		円	円	円
合 計				円	

※同じ月に同じ種類のワクチンを接種した場合は、それぞれの接種日を記入