

予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

高梁市長 様

次のとおり予防接種に係る費用の助成を受けたいので、高梁市補助金等交付規則第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	氏名 印 被接種者との続柄 ()	住所 高梁市 (電話 — —)			
被接種者	氏名 (生年月日: 年 月 日)	住所 ・申請者に同じ			
内 訳	種 類 (該当するものに○)	1回あたり 上限額	接種 回数	支払い金額 小計	高梁市決定額
	1 四種混合	11,356 円	回	円	円
	2 三種混合・二種混合	5,863 円	回	円	円
	3 不活化ポリオ	10,206 円	回	円	円
	4 BCG	7,334 円	回	円	円
	5 麻しん風しん混合	10,822 円	回	円	円
	6 麻しん・風しん	7,412 円	回	円	円
	7 日本脳炎	7,751 円	回	円	円
	8 子宮頸がん	16,588 円	回	円	円
	9 ヒブ	8,766 円	回	円	円
	10 小児用肺炎球菌	12,131 円	回	円	円
	11 水痘	9,167 円	回	円	円
	12 B型肝炎	7,079 円	回	円	円
	13 ロタテック	10,483 円	回	円	円
	14 ロタリックス	15,213 円	回	円	円
支払金額合計				円	合計 円
申請金額 金 円					給付決定合計額 円

添付書類

- (1) 予防接種を受けた際の領収書（被接種者氏名、接種日、予防接種ごとの金額が記載されたもの）
- (2) 予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳等）の写し
- (3) 予診票の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類