

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	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	五種混合	20,590 円	回	円		円
	2	四種混合	11,356 円	回	円		円
	3	三種混合・二種混合	5,863 円	回	円		円
	4	麻しん風しん混合	10,822 円	回	円		円
	5	麻しん・風しん	7,412 円	回	円		円
	6	日本脳炎	7,751 円	回	円		円
	7	不活化ポリオ	10,206 円	回	円		円
	8	BCG	11,583 円	回	円		円
	9	子宮頸がん 2 価 4 価	16,588 円	回	円		円
	10	子宮頸がん 9 価	27,060 円	回	円		円
	11	ヒブ	9,100 円	回	円		円
	12	小児用肺炎球菌	12,131 円	回	円		円
	13	水痘	9,167 円	回	円		円
	14	B 型肝炎	7,079 円	回	円		円
	15	ロタテック (5 価)	10,483 円	回	円		円
	16	ロタリックス (1 価)	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