様式第３号

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		20,655円	回	円	円
	2　四種混合		11,780円	回	円	円
	3　三種混合		6,180円	回	円	円
	4　二種混合		5,650円	回	円	円
	5　麻しん風しん混合		11,175円	回	円	円
	6　麻しん・風しん		7,610円	回	円	円
	7　日本脳炎		8,095円	回	円	円
	8　不活化ポリオ		10,515円	回	円	円
	9　BCG		11,670円	回	円	円
	10 子宮頸がん９価		27,250円	回	円	円
	11 ヒブ		9,360円	回	円	円
	12 小児用肺炎球菌		12,440円	回	円	円
	13 水痘		9,470円	回	円	円
	14 B型肝炎		6,980円	回	円	円
	15 ロタテック（５価）		9,885円	回	円	円
	16 ロタリックス（１価）		14,915円	回	円	円
	17 RSウイルス（妊婦用）		29,985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