

総社市定期予防接種費償還給付申請書

令和 年 月 日

総 社 市 長 様

次のとおり定期予防接種に係る費用について、関係書類を添えて申請します。

申 請 者 (口座名義人)	氏 名	被接種者との続柄 ()	住所	総社市 電話		
被接種者	氏 名	(生年月日:H・R 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	支払い額	総社市決定額
	1 五種混合		20,520 円	回	円	円
	2 四種混合		11,610 円	回	円	円
	3 三種混合		6,120 円	回	円	円
	4 二種混合		5,450 円			
	5 麻しん・風しん混合		12,220 円	回	円	円
	6 麻しん		8,640 円	回	円	円
	7 風しん		8,650 円	回	円	円
	8 ポリオ		10,450 円	回	円	円
	9 BCG		13,430 円	回	円	円
	10 日本脳炎		7,660 円	回	円	円
	11 子宮頸がん (2 価サーバリックス・4 価ガーダシル)		16,620 円	回	円	円
	子宮頸がん (9 価シルガード)		27,240 円	回	円	円
	12 ヒブ		9,300 円	回	円	円
	13 小児用肺炎球菌		12,380 円	回	円	円
	14 水痘		11,230 円	回	円	円
	15 B 型肝炎		7,200 円	回	円	円
	16 ロタウイルス (1 価ロタリックス)		15,130 円	回	円	円
ロタウイルス (5 価ロタテック)		9,490 円	回	円	円	
合計 (申請額・決定額)					円	円

添付書類 (1) 予防接種をした際の領収書 (被接種者の氏名が記載されたもの)
(2) 予防接種を受けたことを証明する書類 (親子健康手帳 (母子手帳) 等) の写し
(3) その他市長が必要と認める書類
※ 子宮頸がん (9 価シルガード) 予防接種は、令和 5 年 4 月 1 日以降に実施したものが対象です。

口座振込先

金融機関の名称	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所					
口 座 種 別 と 口 座 番 号	普 通 預 金	口 座 番 号				
	当 座 預 金					
フリガナ						
口 座 名 義 人						