

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	20,460円	回	円	円
	2 四種混合	11,550円	回	円	円
	3 三種混合	6,060円	回	円	円
	4 二種混合	5,390円			
	5 麻しん・風しん混合	12,150円	回	円	円
	6 麻しん	8,580円	回	円	円
	7 風しん	8,590円	回	円	円
	8 ポリオ	10,390円	回	円	円
	9 BCG	13,360円	回	円	円
	10 日本脳炎	7,600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)	16,560円	回	円	円
	子宮頸がん (9価シルガード)	27,180円	回	円	円
	12 ヒブ	9,240円	回	円	円
	13 小児用肺炎球菌	12,320円	回	円	円
	14 水痘	11,160円	回	円	円
	15 B型肝炎	7,130円	回	円	円
16 ロタウイルス (1価ロタリックス)	15,070円	回	円	円	
ロタウイルス (5価ロタテック)	9,430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					

