

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:S・H・R 年 月 日)	住所 ・申請者と同じ			
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 三種混合	9,790 円	回	円	円
	3 二種混合	6,720 円	回	円	円
	4 麻しん・風しん混合	12,220 円	回	円	円
	5 麻しん	8,640 円	回	円	円
	6 風しん	8,640 円	回	円	円
	7 ポリオ	10,450 円	回	円	円
	8 BCG	13,430 円	回	円	円
	9 日本脳炎	7,660 円	回	円	円
	10 ヒトパピローマウイルス (9 価シルガード)	27,240 円	回	円	円
	11 ヒブ	9,300 円	回	円	円
	12 小児用肺炎球菌	12,380 円	回	円	円
	13 水痘	11,230 円	回	円	円
	14 B 型肝炎	7,200 円	回	円	円
	15 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
16 RS ウイルス (母子免疫)	30,310 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 当座預金
フリガナ	口座番号
口座名義人	