

予防接種費償還払申請書兼請求書

令和 年 月 日

大洗町長 様

大洗町予防接種費の償還払に関する要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記の通り申請・請求します。

接種者氏名		生年月日	T/S/H	年	月	日
住所	大洗町	電話番号	()	—		

申請者（接種者と異なる場合のみ記入）

申請者氏名	㊞ （被接種者との関係 ）				
住所		電話番号	()	—	

予防接種の種類	接種日	実際に支払った額（A）	補助額上限 ※下表参照（B）	申請額 （A）と（B）少ない額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
			合計	円

【補助額】

ヒブ	8,760 円	日本脳炎	7,390 円
小児用肺炎球菌	11,740 円	おたふくかぜ	3,200 円
四種混合	10,970 円	小児インフルエンザ	2,000 円
B 型肝炎	6,680 円	成人風しん	混 5,000 円
BCG	7,250 円		単 3,000 円
麻しん風しん混合	10,420 円	高齢者インフルエンザ	3,000 円
水痘	8,770 円	高齢者肺炎球菌	3,000 円

金融機関名		口座名義人	種別	口座番号
銀行 信用金庫 農協	本店	フリガナ	普通	記号（※ゆうちょ銀行の場合のみ）
	支店 派出所		当座	番号