

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

住所
申請者 氏名
電話番号

（対象者との関係）

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	S/H/R	年	月	日
住所	大洗町	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】

ロタ	1価ロタックス	14,590円	ジフテリア・破傷風 (DT)	5,260円
	5価ロタテック	9,570円	子宮頸がん	17,310円
ヒブ		8,760円	おたふくかぜ	3,200円
小児用肺炎球菌		11,740円	小児インフルエンザ	2,000円
四種混合 (DPT-IPV)		10,970円	※ただし満13歳以上の2回目の接種は、	
B型肝炎		6,680円	医師が必要と認めた場合のみ適応	
BCG		9,450円	成人風しん	混 5,000円
麻しん風しん混合		10,420円		単 3,000円
水痘		8,770円	高齢者インフルエンザ	3,000円
日本脳炎		7,390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