

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（ロタリックス）	14,910 円	ジフテリア・破傷風（DT）（2期）	4,840 円
ロタ（ロタテック）	9,880 円	子宮頸がん（サーバリックス, ガーダシル）	16,610 円
ヒブ	8,790 円	子宮頸がん（シルガード [®] 9）	28,070 円
小児用肺炎球菌	12,160 円	おたふくかぜ	3,200 円
四種混合（DPT-IPV）	11,460 円	小児インフルエンザ	2,000 円
B型肝炎	6,700 円	※ただし満13歳以上の2回目の接種は、	
BCG	9,900 円	医師が必要と認めた場合のみ適応	
麻しん風しん混合	10,890 円	高齢者インフルエンザ	3,000 円
水痘	9,190 円	高齢者肺炎球菌	3,000 円
日本脳炎（1期）	7,810 円	成人風しん（風しん単独）	3,000 円
日本脳炎（2期）	6,990 円	成人風しん（麻しん風しん混合）	5,000 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