

富田林市実施医療機関以外の医療機関で行われる
予防接種費用助成申請書（償還払い）

富田林市長 様

令和●●年●月●日

実施医療機関以外で接種した予防接種費用の助成を受けるため、必要書類を添えて申請します。
交付決定後は下記口座への振込を依頼します。

被接種者	住所	〒●●●●●●●● 富田林市●●町●●-●●		電話番号	●●●●-●●●●-●●●●	
	フリガナ	トンダバヤシ タロウ		生年月日	令和・平成 昭和●●年●月●日	
	氏名	富田林 太郎		生活保護	受給あり・ <u>受給なし</u>	
	(代筆者)	富田林 花子 (続柄)				
申請者 被接種者と同じ場合は □に✓、記入は不要	住所	〒 -		電話番号		
	氏名			続柄		
振込先金融機関		●● <u>銀行</u> ●● 支店 信用組合 農 協				
預金種別 口座番号		<u>普通</u> ●●●●●●●● 当座		口座名義 ※カタカナで記入		トンダバヤシハナコ

助成を申請する予防接種の種類		自費で支払った金額	助成額 ※担当者記入欄
①小児用肺炎球菌	初回1回目／2回目／3回目／追加	円	円
②B型肝炎	1回目／2回目／3回目	円	円
③ロタウイルスワクチン	1回目／2回目／3回目	円	円
④五種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ）	初回1回目／2回目／3回目／追加	円	円
⑤BCG	1回	円	円
⑥麻しん風しん混合（MR）	1期／2期	円	円
⑦水痘（水ぼうそう）	1回目／2回目	円	円
⑧日本脳炎	1期初回1回目／2回目／1期追加／2期	円	円
⑨二種混合（DT） （ジフテリア・破傷風）	2期	円	円
⑩ヒトパピローマウイルス（HPV）	1回目／2回目／3回目	円	円
⑪高齢者肺炎球菌	1回	円	円
⑫高齢者インフルエンザ	1回	円	円
⑬高齢者新型コロナウイルス	1回	円	円
⑭高齢者带状疱疹	生ワクチン1回 組換えワクチン①②	●●●●●円	円
⑮		円	円
⑯		円	円
予防接種を受けた 市区町村名	●● 都・道 府・県 ●●●●		市・区 町・村

必要書類

- ・領収証（原本）
- ・接種済証又は母子健康手帳（コピー）

担当者記入欄

受付	年 月 日
受付者	
依頼書発行	☐ 確認済
決定額	円