

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

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	〒 ー	電話番号	
	フリガナ		生年月日	令和・平成 年 月 日 昭和・大正
	氏名		生活保護	受給あり・受給なし
	(代筆者)	(続柄)		
申請者 <small>被接種者と同じ場合は □に✓、記入は不要</small>	住所	〒 ー	電話番号	
	氏名		続柄	
振込先金融機関	銀行 信用組合 農協			支店
預金種別 口座番号	普通 当座	口座名義 ※カタカナで記入		

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子宮頸がん予防(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		円 円
⑭		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	<input type="checkbox"/> 確認済
決定額	円