

福津市予防接種費用助成金交付申請書

申請者氏名と被接種者名、口座名義  
人は同じ方の記載をお願いします

年 月 日

福 津 市 長 様

申請者氏名 福津 太郎 (被接種者との続柄： )

(住所： 福津市〇〇〇-〇-〇 TEL： 090-9999-9999 )

予防接種について、次のとおり助成金を請求します。  
なお、審査に際して確認等が必要な場合には、市が予防接種を受けた医療機関等に問い合わせることに同意します。

太枠内をご記入ください。

|                      |            |         |                            |
|----------------------|------------|---------|----------------------------|
| 被 接 種 者<br>(接種を受けた者) | フリガナ       | フクツ タロウ | 生 年 月 日                    |
|                      | 氏 名        | 福津 太郎   | S〇〇年〇〇月〇〇日生<br>( 〇〇 歳〇〇か月) |
| 住 所                  | 福津市〇〇〇-〇-〇 |         |                            |

| 予防接種の種類           | 接種時自己負担額<br>(1回の料金を<br>領収書で確認)<br>(ア) | 件数 | 接種年度における予防接種<br>助成金の上限額<br>(1件当たりの上限額)<br>(イ) | 予防接種費用<br>助成(請求)額<br>[(ア)と(イ)のいずれか少ない額<br>×件数] |
|-------------------|---------------------------------------|----|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 乳児BCG             | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 五種混合              | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 四種混合              | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 三種混合              | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 二種混合              | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 麻しん風しん混合<br>1期・2期 | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 日本脳炎              | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 不活化ポリオ            | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 子宮頸がん             | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| ヒブ                | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 小児用肺炎球菌           | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 水痘(水ぼうそう)         | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| B型肝炎              | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| ロタリックス            | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| ロタテック             | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 高齢者インフルエンザ        | 円                                     | 件  | 円                                             | 円                                              |
| 高齢者肺炎球菌           |                                       |    | 円                                             | 円                                              |
| 新型コロナウイルス感染症      |                                       |    | 円                                             | 円                                              |
| 高齢者带状疱疹           | 〇円                                    | 〇件 | 円                                             | 円                                              |
|                   |                                       |    | 計                                             |                                                |

自己負担額を記載してください。  
※領収書で確認

- ※ 添付書類確認
- ① 支給対象者である証明書【健康保険証等本人確認ができるもの】☐
  - ② 予防接種費用の領収書原本☐
  - ③ 予防接種済証または予診票(控え)☐