

# 県外医療機関での定期予防接種費用助成申請書

粕屋町長 殿

※申請者は被接種者扶養義務者であること。

年 月 日

申請者	住所	福岡県糟屋郡粕屋町			
	氏名	(続柄: )			
	生年月日	年	月	日	連絡先 (携帯電話)
ふりがな					
被接種者 氏名			被接種者 生年月日	年 月 日	( 歳 か月)
県外接種 理由	<input type="checkbox"/> 被接種者が里帰り先の医療機関に入院・通院中のため <input type="checkbox"/> 家族が里帰り先の医療機関に入院・通院中のため <input type="checkbox"/> 家族の里帰りが、2ヶ月以上長期に滞在する事情が生じたため <input type="checkbox"/> 2ヶ月以上長期に他県に滞在するその他の事情が生じたため (その他の事情: )				
予 防 接 種 の 種 類					接 種 日
<input type="checkbox"/> ロタウイルス ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )					年 月 日
<input type="checkbox"/> B型肝炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )					年 月 日
<input type="checkbox"/> ヒブ ( 初回1回目 ・ 初回2回目 ・ 初回3回目 ・ 追加 )					年 月 日
<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 ( 初回1回目 ・ 初回2回目 ・ 初回3回目 ・ 追加 )					年 月 日
<input type="checkbox"/> 四種混合 ( 初回1回目 ・ 初回2回目 ・ 初回3回目 ・ 追加 )					年 月 日
<input type="checkbox"/> MR ( 1回目 ・ 2回目 )					年 月 日
<input type="checkbox"/> 水痘 ( 1回目 ・ 2回目 )					年 月 日
<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1期初回1回目 ・ 1期初回2回目 ・ 1期追加 ・ 2期 )					年 月 日
<input type="checkbox"/> BCG					年 月 日
<input type="checkbox"/> 二種混合					年 月 日
<input type="checkbox"/> その他 ( )					年 月 日
振込指定金融機関名 ※被接種者またはその扶養義務名義					
金融機関名	銀行 ・ 農協 金庫 ・ 組合			支店 名等	(支店番号 )
口座の種類	普通 ・ 当座			フリガナ	
口座番号					口座 名義人

※添付書類等

1. 予防接種済証又は予診票の写し
2. 領収書写し
3. 振込先の口座が分かるものの写し
4. 申請者確認書類(運転免許証等)

【申請期間】年度毎に申請が必要です。申請は、翌年度4月末日〆切となります。

例) 令和6年2月10日接種 → 令和6年4月30日までに申請

◎定期予防接種の公費助成額については、予防接種の種類ごとに上限があります。  
接種費用が上限額を超えない場合は領収金額と同額を助成します。上限額を超えた分については、自己負担となりますのでご了承ください。

予防接種の種類	単価 ①	領収金額 ②	枚数	助成金額
ロタリックス	15,400			
ロタテック	10,263			
B型肝炎	6,900			
ヒブ	8,376			
小児用肺炎球菌	11,681			
四種混合	10,989			
M R	11,332			
水痘	10,570			
日本脳炎	7,043			
B C G	9,894			
二種混合	4,845			
その他				
計				

助成決定金額 <span style="float: right;">円</span>
---

※助成金額は、単価①又は、領収金額②のいずれか少ない金額に枚数を掛けた金額となります。