様式第6号(第8条関係)

粕屋町造血細胞移植後予防接種費用助成申請書兼請求書

年　　月　　日

粕屋町長　様

(申請者) 住　所

氏　名

※被接種者との関係

ＴＥＬ

粕屋町造血細胞移植後予防接種再接種費用助成事業実施要綱第8条に基づき、次のとおり申請及び請求します。

記

○被接種者

ふりがな		生年月日	年　　月　　日
氏　名			

○予防接種の種類及び交付申請額　　※太枠のみご記入ください。

予防接種の種類	接種日	接種費用	上限額	申請額
	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
合　計				

○助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関	支店名	貯金種目
銀行 信用組合・農協	支店 本店	1　普通 2　当座
口座番号（左詰で記入）	名義人	ふりがな

○添付書類

(1) 被接種者の本人の健康保険証など、本人が確認できる公的な書類

(2) 領収書、予防接種済証など医療機関での接種日、接種ワクチン、支払い金額ができる書類

(3) 振込先金融機関口座が確認できる書類

【注意事項】

・助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済の予防接種に限ります。

・この申請による予防接種は、任意接種となります。

・各種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、上限額を超えた分は、自己負担となります。

予防接種の種類	基準単価　Ⓐ	領収金額　Ⓑ	回　数	助成金額
四種混合	12,700円			
三種混合	7,300円			
二種混合	7,000円			
ポリオ (単純不活化)	11,400円			
麻しん・風しん混合 (MR)	12,000円			
麻しん	8,500円			
風しん	8,500円			
日本脳炎	9,000円			
BCG	8,700円			
ヒブ	10,000円			
小児用肺炎球菌	13,500円			
子宮頸がん	17,700円			
水痘	10,000円			
B型肝炎	7,800円			
合　計				

助成決定金額		円

※助成決定金額は、基準単価Ⓐ又は、領収金額Ⓑのいずれか少ない金額に枚数を掛けた
金額になります。