

年 月 日

常総市長 殿

申請者 住 所

氏 名



電話番号

骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金償還払請求書

年 月 日付で交付決定の通知があった骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金を次の通り請求します。

| | | | |
|------------------|---------|--------------|--------|
| 被 接 種 者 | 住 所 | 常総市 | |
| | ふ り が な | | 性 別 |
| | 氏 名 | | 男 ・ 女 |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 (歳 月) | |
| 予防接種の種類 | | 接種年月日 | 接種医療機関 |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| 助成金請求額 | | 円 | |

次に指定する金融機関の口座へ振り込むことを依頼します。

| | | | |
|-----------|--------------|---------|--|
| 金 融 機 関 名 | | 支 店 名 | |
| 預 金 種 類 | 普通 当座 総合 その他 | 口 座 番 号 | |
| フ リ ガ ナ | | | |
| 口 座 名 義 | | | |

添付書類

- 1 領収書
- 2 母子健康手帳等の予防接種記録の写し

請求金額内訳

| 予防接種名 | 単価 (a) | 回数 (b) | 償還払い上限額 (a) × (b) 【A】 | 受診者支払額 【B】 | 請求金額 【A】又は【B】の いずれか少ない額 |
|-----------------------------|------------|-----------|-----------------------------|---------------|-------------------------------|
| B C G | 7,700円 | | | | 円 |
| 不活化ポリオ | 10,400円 | | | | 円 |
| 四種混合 | 11,500円 | | | | 円 |
| 二種混合 生後3月～90月に 至るまで | 6,300円 | | | | 円 |
| 二種混合 11歳～13歳未満 | 5,500円 | | | | 円 |
| 麻しん風しん 混合 | 10,600円 | | | | 円 |
| 三種混合 | 6,100円 | | | | 円 |
| 麻しん単独 | 7,500円 | | | | 円 |
| 風しん単独 | 7,500円 | | | | 円 |
| 日本脳炎 生後6月～7歳6か月 に至るまで | 8,000円 | | | | 円 |
| 日本脳炎 7歳6か月～20歳 未満 | 7,200円 | | | | 円 |
| ヒブ (インフルエンザ菌b型) | 9,400円 | | | | 円 |
| 小児用肺炎球菌 | 11,900円 | | | | 円 |
| B型肝炎 | 6,800円 | | | | 円 |
| 水痘 | 8,600円 | | | | 円 |
| ロタウイルス (1価) | 15,000円 | | | | 円 |
| ロタウイルス (5価) | 10,300円 | | | | 円 |
| 子宮頸がん | 16,800円 | | | | 円 |
| 高齢者 インフルエンザ | 2,000円 | | | | 円 |
| 高齢者肺炎球菌 (23価) | 3,000円 | | | | 円 |
| 風しん抗体検査 | ※別紙参照 円 | | 円 | 円 | 円 |
| 成人風しん 予防接種 | 9,713円 | | 円 | 円 | 円 |
| 合 計 | | | 円 | 円 | 円 |