

県外医療機関での定期予防接種費用助成申請書

年 月 日

粕屋町長 殿

※申請者は被接種者扶養義務者であること。

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 生年月日	年	月	日
被接種者 氏名				(歳 か月)			
県外接種 の理由	<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"/> 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"/> 五種混合 (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7年2月10日接種 → 令和7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 ㉠	領収金額 ㉢	枚数	助成金額
ロタリックス	16,148			
ロタテック	11,121			
B型肝炎	8,063			
ヒブ	10,562			
小児用肺炎球菌	13,805			
四種混合	12,870			
五種混合	21,780			
M R	11,770			
水痘	10,263			
日本脳炎Ⅰ期	9,295			
日本脳炎Ⅱ期	7,040			
B C G	13,112			
二種混合	4,730			
その他				
計				

助成決定金額	円
--------	---

※助成金額は、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となります。