

鳥取市 B 類疾病予防接種費用助成申請書（兼償還払請求書）

申請日 2026年 10月 1日

鳥取市長 様

申請に必要なもの：領収書原本、接種済証、
鳥取市の接種券付き予診票

標記について、領収書等を添えて申請します。
なお、償還払いに係る支払いは、下記金融機関に振り込みをお願いします。

申請者	ふりがな	えきなん たろう				印
	氏名	駅南 太郎				
	※自署の場合は押印不要					
	住民票に記載の住所	〒680-0845 鳥取市富安二丁目138-4				
	電話番号	0857-30-8640 ※日中連絡のとれる電話番号を記載してください。				
	被接種者との続柄	☒ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ その他（ ） ※「その他」の場合は別途委任状が必要です。				
被接種者	ふりがな	☒ 申請者と同じ				
	氏名	☒ 申請者と同じ	〒 鳥取市			
	住民票に記載の住所	☒ 申請者と同じ	鳥取市			
	生年月日	1961 年 9 月 27 日 ※西暦で記入してください。				
申請理由		☒ 契約外医療機関での接種のため ☐ 契約医療機関において実費負担で接種したため				
接種項目		☐ インフルエンザ（小児以外）	☐ 高齢者肺炎球菌	☒ 新型コロナ	☐ 带状疱疹	☐ 小児インフルエンザ
接種日		年 月 日	年 月 日	2026年10月1日	年 月 日	年 月 日
①	支払った金額（領収書の金額）	円	円	15,000 円	円	円
②	自己負担額	課税世帯	円	円	4,500 円	円
		非課税世帯	円	円	1,500 円	円
		生活保護世帯	0 円			
③	助成額（①－②）	円	円	10,500 円	円	円
④	上限額	課税世帯	円	円	10,340 円	円
		非課税世帯	円	円	13,340 円	円
		生活保護世帯	円	円	14,840 円	円
⑤	③・④のうち低い額	円	円	10,340 円	円	円
申請額（⑤の合計額）		10,340 円				
振込先	金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号		口座名義（カタカナ）
	鳥取 銀行 信金 農協	鳥取市役所支店	☒ 普通 ☐ 当座	1 2 3 4 5 6 7		エキナントロウ

捨印

鳥取市 B 類疾病予防接種費用助成申請書（兼償還払請求書）

申請日 2026年 10月 1日

鳥取市長 様

申請に必要なもの：領収書原本、接種済証、
鳥取市の接種券付き予診票

標記について、領収書等を添えて申請します。
なお、償還払いに係る支払いは、下記金融機関に振り込みをお願いします。

申請者	ふりがな	えきなん たろう				印
	氏名	駅南 太郎				
	※自署の場合は押印不要					
	住民票に記載の住所	〒680-0845 鳥取市富安二丁目138-4				
	電話番号	0857-30-8640 ※日中連絡のとれる電話番号を記載してください。				
	被接種者との続柄	☒ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ その他（ ※「その他」の場合は別途委任状が必要です。				
被接種者	ふりがな	☒ 申請者				
	氏名	と同じ				
	住民票に記載の住所	☒ 申請者 と同じ	〒 鳥取市			
	生年月日	1961 年 9 月 27 日 ※西暦で記入してください。				
申請理由		☐ 契約外医療機関での接種のため ☒ 契約医療機関において実費負担で接種したため				
接種項目		☐ インフルエンザ (小児以外)	☐ 高齢者肺炎球菌	☒ 新型コロナ	☐ 带状疱疹	☐ 小児インフルエ ンザ
接種日		年 月 日	年 月 日	2026年10月1日	年 月 日	年 月 日
①	支払った金額 (領収書の金額)	円	円	4,500 円	円	円
②	自己 負担額	課税世帯	円	円	4,500 円	円
		非課税世帯	円	円	1,500 円	円
		生活保護世帯	0 円			
③	助成額 (①-②)	円	円	3,000 円	円	円
④	上限額	課税世帯	円	円	10,340 円	円
		非課税世帯	円	円	13,340 円	円
		生活保護世帯	円	円	14,840 円	円
⑤	③・④のうち低い額	円	円	3,000 円	円	円
申請額 (⑤の合計額)		3,000 円				
振込先	金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号		口座名義 (カタカナ)
	鳥取	銀行 信金 農協	鳥取市役所支店	☒ 普通 ☐ 当座	1 2 3 4 5 6 7	エキナントロウ

捨印