|  |
| --- |
| **鳥取市予防接種費用助成申請書**様式第２号（第６条関係）鳥　取　市　長　　　　　様　　　表記について、領収書を添えて申請します。 |
| 被接種者 | 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 平成　・　令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 | 鳥取市 |
| 接種項目 | ロタリックス | ロタテック | Ｂ型肝炎 |
| １回目 | ２回目 | １回目 | ２回目 | ３回目 | １回目 | ２回目 | ３回目 |
| 接種年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自己負担額（円） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １回あたりの助成限度額**※注** | 16,130円 | 11,100円 | 8,080円 |
| 接種項目 | ヒブワクチン | 小児用肺炎球菌ワクチン |
| １回目 | ２回目 | ３回目 | 追加 | １回目 | ２回目 | ３回目 | 追加 |
| 接種年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自己負担額（円） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １回あたりの助成限度額**※注** | 9,410円 | 12,490円 |
| 接種項目 | 四種混合 ・ 五種混合 | ＢＣＧ | 麻しん風しん | 水痘 |
| １回目 | ２回目 | ３回目 | 追加 | １期 | ２期 | １回目 | ２回目 |
| 接種年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自己負担額（円） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １回あたりの助成限度額**※注** | 四種混合：13,120円　五種混合：21,960円 | 12,900円 | 11,910円 | 10,810円 |
| 接種項目 | 日本脳炎 | 二種混合 | ＨＰＶワクチン |
| 1期1回目 | 1期2回目 | 1期追加 | ２期 | １回目 | ２回目 | ３回目 |
| 接種年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自己負担額（円） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １回あたりの助成限度額**※注** | 13歳未満：9,730円　　13歳以上：8,430円 | 6,290円 | サーバリックス・ガーダシル：16,940円シルガード９：28,820円 |
| 申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請理由 | 自費による接種を受けたため |
| ※注　接種費用が助成限度額に満たない場合は医療機関で支払った接種金額を助成するものとします。字削除字挿入字訂正捨　印令和　　　年　　　月　　　日字削除字挿入字訂正捨　印（申請者）郵便番号　〒　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話　（　　　　　）　　　　－　　　　　　　　　　　　　　下記口座に振り込みください。 |
| 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） |
|  |  | 普通当座 |  | 捨印 |

※氏名を自署する場合は、押印は不要です。

【R6.4.1以降接種分】

字修正

字削除

字挿入

字削除

字挿入

字訂正

捨　印

字削除

字挿入

字訂正

捨　印

字削除

字挿入

字訂正

捨　印