

## 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 2025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			
	氏名	駅南 太郎		⑨	
	住民票に記載の住所	〒 680-0845 鳥取市富安二丁目138-4		※自署の場合は押印不要	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者			
	氏名	と同じ			
	住民票に記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者	〒 鳥取市		
	生年月日	1959年 9月 27日		※西暦で記入してください。	
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 契約外医療機関での接種のため <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ (小児以外)	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 新型コロナ	<input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ
接種日	2025年10月1日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
① 支払った金額 (領収書の金額)	5,000円	円	円	円	円
② 自己負担額	課税世帯	1,300円	円	4,500円	円
	非課税世帯	300円	円	1,500円	円
	生活保護世帯	0円			
③ 助成額(①-②)	3,700円	円	円	円	円
④ 上限額	課税世帯	3,040円	円	10,340円	円
	非課税世帯	4,040円	円	13,340円	円
	生活保護世帯	4,340円	円	14,840円	円
⑤ ③・④のうち低い額	3,040円	円	円	円	円
申請額(⑤の合計額)	3,040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	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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 2025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								
	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								
被接種者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他（ <small>※日中連絡のとれる電話番号を記載してください。 ※「その他」の場合は別途委任状が必要です。</small>									
被接種者	ふりがな	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者								
	氏名	と同じ								
	住民票に記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者	〒							
生年月日	1959年 9月 27日		<small>※西暦で記入してください。</small>							
申請理由	<input type="checkbox"/> 契約外医療機関での接種のため <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ (小児以外)	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 新型コロナ	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ					
接種日	2025年10月1日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
① 支払った金額 (領収書の金額)	1,300円	円	円	円	円					
② 自己負担額	課税世帯	1,300円	円	円	円					
	非課税世帯	300円	円	円	円					
	生活保護世帯	0円								
③ 助成額(①-②)	1,000円	円	円	円	円					
④ 上限額	課税世帯	3,040円	円	円	円					
	非課税世帯	4,040円	円	円	円					
	生活保護世帯	4,340円	円	円	円					
⑤ ③・④のうち低い額	1,000円	円	円	円	円					
申請額(⑤の合計額)	1,000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	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1	2	3	4	5	6	7

捨印