

## 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5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、

標記について、領収書等を添えて申請します。

鳥取市の接種券付き予診票又は勸奨はがき

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		※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	〒		
	生年月日	と同じ	鳥取市		
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 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 checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ
接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	2025年4月1日	年 月 日
① 支払った金額 (領収書の金額)	円	円	円	22,000円	円
② 自己負担額	課税世帯	円	円	円	6,300円
	非課税世帯	円	円	円	円
	生活保護世帯	0円			
③ 助成額 (①-②)	円	円	円	15,700円	円
④ 上限額	課税世帯	円	円	円	14,310円
	非課税世帯	円	円	円	円
	生活保護世帯	円	円	円	円
⑤ ③・④のうち低い額	円	円	円	14,310円	円
申請額 (⑤の合計額)	14,310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5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又は勸奨はがき

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		※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	〒		
	生年月日	と同じ	鳥取市		
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 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 checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ
接種日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	2025年4月1日	年 月 日
① 支払った金額 (領収書の金額)	円	円	円	6,300円	円
② 自己負担額	課税世帯	円	円	円	/
	非課税世帯	円	円	2,100円	
	生活保護世帯	0円			
③ 助成額 (①-②)	円	円	円	4,200円	円
④ 上限額	課税世帯	円	円	円	円
	非課税世帯	円	円	18,810円	
	生活保護世帯	円	円	円	
⑤ ③・④のうち低い額	円	円	円	4,200円	円
申請額 (⑤の合計額)	4,200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