

見本
☆事後請求☆

令和4年7月15日

八丈町長 殿

申請者 住所 八丈町 大賀郷2551番地2
氏名 八丈太郎
続柄 保護者
電話番号 04996(2)5570

印鑑必要です

定期予防接種(小児)費用扶助費支給申請書

令和4年度八丈町定期予防接種(小児)費用扶助費支給要綱第5条の規定に基づき扶助費の支給を申請します。

Table with columns forフリガナ (ハチジョウ ハナコ), 氏名 (八丈 花子), (生年月日) (令和4年4月1日生), and 住所 (申請者と同じ / 八丈町 番地)

Table for 申請額 (Application Amount) showing 44,000 円 (Yen) with a note: 裏面 自己負担額の総額を記入 (Back: Enter total self-payment amount)

※申請額明細は裏面に記入

Table for 口座番号 (Account Number) with columns: 金融機関名 (〇〇〇〇銀行), 支店名 (〇〇〇), 預金種別 (普通・当座), 口座番号 (〇〇〇〇〇〇〇〇). Includes note: 被接種者本人 または保護者の口座を記入 (Account of recipient or guardian)

- ＜必要書類＞ (Required Documents)
① 母子健康手帳の写しまたは予防接種済証 (Copy of Mother and Child Health Handbook or Vaccination Certificate)
② 接種費用を支払ったこと及びその額を確認できる書類 (Documents confirming payment and amount)
Note: 母子手帳 領収書等 を忘れずに!! (Don't forget Mother and Child Handbook, Receipts, etc.)

保健係記入欄 (Health Staff Entry Field)

Table for 【八丈町記入欄】 (Yamagata City Entry Field) with columns: 助成決定額 (Subsidy Decision Amount), 備考・メモ欄 (Remarks/Memo), and 審査 (Review) sub-columns: 課長 (Chief), 係長 (Section Chief), 係 (Staff).

【 裏 面 】

保健係記入欄

太枠内（費用助成の申請理由・医療機関名・該当予防接種欄）を記入してください。

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産等 <input type="checkbox"/> 入院等 <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> その他（ ）		接種医療機関名	
			〇〇〇〇	
予防接種の種類	接種日	自己負担額	助成限度額	決定額
ヒブ①	4年6月1日	10,000円	10,910円	円
ヒブ②	年 月 日	円	10,910円	円
ヒブ③	年 月 日	円	10,910円	円
小児用肺炎球菌①	4年6月1日	15,000円	14,250円	円
小児用肺炎球菌②	年 月 日	円	14,250円	円
小児用肺炎球菌③	年 月 日	円	14,250円	円
四種混合①	年 月 日	円	13,500円	円
四種混合②	年 月 日	円	13,500円	円
四種混合③	年 月 日	円	13,500円	円
B型肝炎①	4年6月1日	8,000円	8,800円	円
B型肝炎②	年 月 日	円	8,800円	円
B型肝炎③	年 月 日	円	8,800円	円
ロタテック①	4年6月1日	11,000円	11,990円	円
ロタテック②	年 月 日	円	11,990円	円
ロタテック③	年 月 日	円	11,990円	円
ロタリックス①	年 月 日	円	17,020円	円
ロタリックス②	年 月 日	円	17,020円	円
BCG	年 月 日	円	11,850円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
合 計				円

※決定額は、自己負担額と助成限度額のいずれか低い方の金額になります。

※申請期間は、予防接種を受けた日から1年間です。（助成額は申請年度の金額になります）

※上記以外の予防接種については各自記入してください。