

# 千代田区子どもの定期予防接種費用助成申請書兼口座振替依頼書

平成 年 月 日

千代田区長 殿

関係書類を添えて下記のとおり定期予防接種費用助成を申請します。区が助成を決定した場合は、その額を下記の口座に振り込んでください。なお、申請にあたり、健康推進課長が私の住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は医療機関等へ問合せをすることに同意します。

- ※ 「申請額」は予防接種に要した費用(保険適用部分を除く)を記入してください。
- ※ 接種内訳の詳細は裏面に記載をお願いします。

申請者	フリガナ 保護者氏名	〒 千代田区	生年月日
	⑩		S・H 年 月 日
住所	電話 ( )		
フリガナ 被接種者氏名			生年月日
			H 年 月 日

申請額	円
-----	---

振 込 先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種別	1 普通 2 当座
	口座番号				(右詰記入)
	フリガナ				
	口座名義				

※ 振込先の口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状に記入・捺印が必要です。

<b>委任状</b>	
私は、上記の口座名義人に定期予防接種費用助成金の受領を委任します。	
年 月 日	委任者(保護者)住所 _____
	氏名 _____ ⑩

【区処理欄】

助成決定額	円
-------	---

申請受付印

住所確認	母子健康手帳 確認等	領収書等 確認	予防接種 依頼書確認
------	---------------	------------	---------------

費用助成の申請理由に該当するものに○をつけて頂き、里帰り出産・長期入院あてはまる予防接種の接種年月日・自己負担額・医療機関名を記入してください。

申請理由	里帰り出産・長期入院			接種医療機関名	
				助成限度額(※2)	決定額
予防接種	回数	接種年月日	自己負担額		
ヒブ	1回目	年 月 日	円	10,109円	円
	2回目	年 月 日	円	10,109円	円
	3回目	年 月 日	円	10,109円	円
	追加	年 月 日	円	10,109円	円
小児肺炎球菌	1回目	年 月 日	円	13,414円	円
	2回目	年 月 日	円	13,414円	円
	3回目	年 月 日	円	13,414円	円
	追加	年 月 日	円	13,414円	円
四種混合	1回目	年 月 日	円	(ｸﾞﾌﾞｽｸ) 12,658円 (ﾃﾄﾗ) 12,766円	円
	2回目	年 月 日	円	(ｸﾞﾌﾞｽｸ) 12,658円 (ﾃﾄﾗ) 12,766円	円
	3回目	年 月 日	円	(ｸﾞﾌﾞｽｸ) 12,658円 (ﾃﾄﾗ) 12,766円	円
	追加	年 月 日	円	(ｸﾞﾌﾞｽｸ) 12,658円 (ﾃﾄﾗ) 12,766円	円
BCG		年 月 日	円	9,007円	円
水痘	1回目	年 月 日	円	10,498円	円
	2回目	年 月 日	円	10,498円	円
MR	1期	年 月 日	円	13,306円	円
	2期	年 月 日	円	11,902円	円
日本脳炎	1期1回目(※1)	年 月 日	円	9,148円	円
	1期2回目(※1)	年 月 日	円	9,148円	円
	1期3回目(※1)	年 月 日	円	9,148円	円
	2期	年 月 日	円	6,934円	円
DT2期		年 月 日	円	4,504円	円
子宮頸がん	1回目	年 月 日	円	17,161円	円
	2回目	年 月 日	円	17,161円	円
	3回目	年 月 日	円	17,161円	円
B型肝炎	1回目	年 月 日	円	(ﾋﾞｰｼﾞ0.25) 7,778円 (ﾋﾞｰｽ0.5) 8,019円	円
	2回目	年 月 日	円	(ﾋﾞｰｼﾞ0.25) 7,778円 (ﾋﾞｰｽ0.5) 8,019円	円
	3回目	年 月 日	円	(ﾋﾞｰｼﾞ0.25) 7,778円 (ﾋﾞｰｽ0.5) 8,019円	円
合計			円		円

※1 日本脳炎ワクチンの特例・附則4条対象者は、還付の限度額は異なります。

※2 年度によって、還付の助成限度額は異なります。