

八丈町長 殿

申請者 住 所 八丈町
 氏 名 (印)
 続 柄 保護者 ・ ()
 電話番号 ()

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。

予防接種を受けた方	フリガナ	(生年月日)
	氏 名	年 月 日生 (歳 か月)
	住 所 申請者と同じ / 八丈町	番地

申請額	円
-----	---

※申請額明細は裏面に記入

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		普通・当座	
フリガナ 口座名義人			

<必要書類>

- ① 母子健康手帳の写しまたは予防接種済証
- 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

【八丈町記入欄】

助成決定額	備考・メモ欄	審査		
円		課長	係長	係

【 裏 面 】

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 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	
	接種日	自己負担額	助成限度額	決定額
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	年 月 日	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	年 月 日	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	年 月 日	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	年 月 日	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
	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。