様式１－１

予防接種費用助成申請書

　　　　　年　　月　　日

　（あて先）名古屋市長

申請者

　住　所　〒

（ふりがな）

　氏　名

　（被接種者との続柄　　　　　）

　電　話　（　　　－　　　　－　　　　）

　　下記のとおり、予防接種費用の助成を申請します。

申請額　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）被接種者氏名 | （　　　　　　　　　　） | 生　年　月　日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 被接種者住所 | □申請者住所と同じ□その他（〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 決定通知書送付先住所 | □申請者住所と同じ□その他（〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様方　） |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　銀　行　　　　　　　　　本　店　　　　　　　金　庫　　　　　　　　　支　店　　　　　　　農　協　　　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普 通 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 当 座 |
| （ふりがな）口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　※１　申請者は、被接種者の保護者に限ります。

　　※２　振込先は、上記の申請者（保護者）の口座に限ります。

添付書類　　**１領収書原本**（被接種者名、接種日、ワクチン名、ワクチンごとの料金、医療機関名の記載があるもの）

　　　　　　　**２接種した予防接種の予診票**（複写１枚目名古屋市提出用）

　　　　　　　　※ＢＣＧについては「名古屋市定期結核(BCG)予防接種個人票」の原本でも可

様式１－２－７

（被接種者名　　　　　　　　　　　　）　　　※令和3年4月1から令和4年3月31日接種分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種　　別 | 　　**接種年月日**　（**接種費用**）円　※上限額 | 申請額 | ※審査決定額(記入しないでください) |
| ロタウイルス（ﾛﾀﾘｯｸｽ） | 年 　月 　日（　　　　　）円　※15,213円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※15,213円 | 円 | 円 |
| ロタウイルス（ﾛﾀﾃｯｸ） | 年 　月 　日（　　　　　）円　※10,072円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※10,072円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※10,072円 | 円 | 円 |
| ヒブ | 年 　月 　日（　　　　　）円　※8,910円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※8,910円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※8,910円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※8,910円 | 円 | 円 |
| 小児肺炎球菌 | 年 　月 　日（　　　　　）円　※12,078円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※12,078円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※12,078円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※12,078円 | 円 | 円 |
| ＢＣＧ | 年 　月 　日（　　　　　）円　※7,667円 | 円 | 円 |
| B型肝炎 | 年 　月 　日（　　　　　）円　※7,209円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※7,209円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※7,209円 | 円 | 円 |
| 四種混合 | 年 　月 　日（　　　　　）円　※11,165円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※11,165円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※11,165円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※11,165円 | 円 | 円 |
| 不活化ポリオ | 年 　月 　日（　　　　　）円　※10,406円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※10,406円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※10,406円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※10,406円 | 円 | 円 |
| 二種混合 | 年 　月 　日（　　　　　）円　※4,994円 | 円 | 円 |
| ＭＲ１期 | 年 　月 　日（　　　　　）円　※10,065円 | 円 | 円 |
| ＭＲ２期 | 年 　月 　日（　　　　　）円　※10,065円 | 円 | 円 |
| 水痘 | 年 　月 　日（　　　　　）円　※8,998円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※8,998円 | 円 | 円 |
| 日本脳炎1期 | 年 　月 　日（　　　　　）円　※7,623円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※7,623円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※7,623円 | 円 | 円 |
| 日本脳炎2期 | 年 　月 　日（　　　　　）円　※6,798円 | 円 | 円 |
| 子宮頸がん | 年 　月 　日（　　　　　）円　※16,918円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※16,918円 | 円 | 円 |
| 年 　月 　日（　　　　　）円　※16,918円 | 円 | 円 |
| 合　　　計 |  | 円 | 円 |

※申請額には、接種費用と上限額のうち金額の低い方を記入してください。