

倉敷市定期予防接種助成金交付申請書

令和 年 月 日

倉敷市長様

次のとおり定期予防接種助成金の交付について、関係書類を添えて申請します。

申請者	住所	〒 ー			
	フリガナ		電話番号	ー ー	
	氏名		被接種者との続柄	保護者・本人・成年後見人	
被接種者	住所				
	フリガナ		生年月日	T・S・H・R 年 月 日	
	氏名				
内訳	予防接種の種類（該当に○）	接種回数	支払額	決定額	受付日
	1 五種混合	回目	円	円	
	2 四種混合	回目	円	円	
	3 二種混合	回目	円	円	
	4 B型肝炎	回目	円	円	受付職員
	5 日本脳炎	回目	円	円	
	6 小児用肺炎球菌	回目	円	円	
	7 ヒブ	回目	円	円	
	8 BCG	回目	円	円	受付方法
	9 子宮頸がん(サーバリックス・ガーダシル)	回目	円	円	窓口・郵送
	10 子宮頸がん(シルガード9)	回目	円	円	
	11 水痘	回目	円	円	申請者確認
	12 麻しん風しん混合	回目	円	円	免許証 保険証 その他 ()
	13 ロタ(ロタリックス)	回目	円	円	
	14 ロタ(ロタテック)	回目	円	円	
	15 高齢者肺炎球菌	回目	円	円	
	16 高齢者インフルエンザ	回目	円	円	
	17 高齢者新型コロナウイルス	回目	円	円	
	18 高齢者帯状疱疹(ビケン)	回目	円	円	
19 高齢者帯状疱疹(シグリックス)	回目	円	円		
合計			円	円	

※接種日から1年以内のものが対象となります。

※太枠は倉敷市記入欄のため、記入しないでください。

振込先(※口座名義人は申請者)

金融機関	銀行・金庫・農協			店・支店・出張所
店番号		口座番号		
預金種別	普通・当座	口座名義人(カナ)		

1 添付書類

(1) 領収書の原本（接種したワクチン、金額、接種日、被接種者名、医療機関名がわかる物）

※領収書に上記の記載がない場合、明細書等を提出してください。

(2) 通帳の写し等（金融機関名、支店名、店番号、口座番号、預金種別、口座名義人が分かる物）

(3) 予診票のコピー（接種した医療機関でもらってください）

2 決定額について

(1) 支払い金額と倉敷市上限額を比べて低い金額が決定額になります。なお、上限額は、接種時の上限額になります。

(2) 高齢者予防接種は、支払い金額と倉敷市上限額の低い方の金額から自己負担金を差し引いた金額が決定額になります。

令和7年度倉敷市上限額（※年度によって変わることがあります）

予防接種の種類	上限額
1 五種混合	20,933 円
2 四種混合	12,056 円
3 二種混合	5,874 円
4 B型肝炎	7,256 円
5 日本脳炎	13 歳未満：8,206 円 13 歳以上：7,381 円
6 小児用肺炎球菌	12,716 円
7 ヒブ	10,232 円
8 BCG	11,781 円
9 子宮頸がん（サーバリックス・ガーダシル）	17,006 円
10 子宮頸がん（シルガード9）	27,170 円
11 水痘	9,581 円
12 麻しん風しん混合	11,286 円
13 ロタ（ロタリックス）	15,356 円
14 ロタ（ロタテック）	9,999 円

	市民税課税世帯		市民税非課税世帯		生活保護世帯又は中国 残留邦人等の支援受給者	
	上限額	自己負担額	上限額	自己負担額	上限額	自己負担額
15 高齢者肺炎球菌	6,148 円	3,000 円	7,648 円	1,500 円	9,148 円	0 円
16 高齢者インフルエンザ	3,665 円	2,000 円	4,665 円	1,000 円	5,665 円	0 円
17 高齢者新型コロナウイルス	13,406 円	2,500 円	14,656 円	1,250 円	15,906 円	0 円
18 高齢者帯状疱疹（ビケン）	5,756 円	3,000 円	7,256 円	1,500 円	8,756 円	0 円
19 高齢者帯状疱疹（シングリックス）	9,956 円	12,000 円	15,956 円	6,000 円	21,956 円	0 円

※市民税非課税世帯、生活保護世帯又は中国残留邦人等の支援受給者で減免を希望する場合、接種前にご申請下さい。接種後の払い戻しはできません。