

台東区予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

東京都台東区長 殿

下記のとおり予防接種費用助成を申請します。なお、本申請にあたり、被接種者の住民基本台帳を確認すること、また確認等が必要な場合は医療機関等へ問合せすることについて、同意します。助成金については、下記口座への振込みを希望します。

申請者氏名	フリガナ	連絡先	( )
現住所	〒 -		
被接種者氏名 (お子さまの名前)	フリガナ	生年月日	年 月 日
被接種時住所	〒 台東区 ※台東区から転出している場合記入		

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店	金融機関 コード				
	口座種別	01 普通 ・ 02 当座	口座番号	支店 コード				
	口座名義	(フリガナ)						

\*太枠内の事項について記入し、領収書を添付してください。接種の内訳は2頁目に記入をお願いします。

\*申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は下記委任状欄の記入が必要です。

委任状

私は、上記の口座名義人に定期予防接種助成金の受領を委任します。

年 月 日

委任者 申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

※本申請の申請者の住所氏名をご記入ください。

申請に必要なもの

- ①台東区予防接種費用助成金交付申請書（本用紙）
- ②医療機関の領収書（原本・ワクチンごとの金額がわかるもの）
- ③予防接種済予診票又は予防接種の記録のある母子健康手帳
- ④振込希望先を確認できるもの

申請期限 接種ごとに実施後1年以内

以下は区が記入するので申請する方は記入しないでください

助成額	円	收受印
依頼書発行番号	台台健予第 号	
接種履歴確認	母子健康手帳 予診票 その他( )	
領収書枚数	枚	

※助成上限額:令和8年6月以降の接種の場合

接種費用・請求金額の内訳 ※太枠内の事項について記入してください

予防接種の種類		接種年月日	自己負担金 ア	助成上限額※ イ	助成額 アとイの低い方
RSウイルス		年 月 日	円	30,028 円	円
小児用 肺炎球菌	初回1回目	年 月 日	円	13,838 円	円
	初回2回目	年 月 日	円		円
	初回3回目	年 月 日	円		円
	追加	年 月 日	円		円
B型肝炎	1回目	年 月 日	円	ビームゲン0.25ml 8,096 円	円
	2回目	年 月 日	円	ビームゲン0.5ml 8,341 円	円
	3回目	年 月 日	円	ハプタバックス 8,133 円	円
ロタ ウイルス	1回目	年 月 日	円	ロタリックス 16,588 円	円
	2回目	年 月 日	円	ロタテック 11,561 円	円
	3回目	年 月 日	円		円
五種混合	初回1回目	年 月 日	円	クイントバック 22,055 円 ゴ-ビック 21,978 円	円
	初回2回目	年 月 日	円		円
	初回3回目	年 月 日	円		円
	追加	年 月 日	円		円
DT2期		年 月 日	円	6,358 円	円
BCG		年 月 日	円	13,200 円	円
麻しん 風しん	I期	年 月 日	円	13,794 円	円
	II期	年 月 日	円	12,364 円	円
水痘	1回目	年 月 日	円	10,868 円	円
	2回目	年 月 日	円		円
日本脳炎	I期初回1	年 月 日	円	7才半以下接種 特例 9,493 円 7,238 円 7,238 円	円
	I期初回2	年 月 日	円		円
	I期追加	年 月 日	円		円
	II期	年 月 日	円		円
HPV	1回目	年 月 日	円	30,124 円	円
	2回目	年 月 日	円		円
	3回目	年 月 日	円		円
Hib	初回1回目	年 月 日	円	10,858 円	円
	初回2回目	年 月 日	円		円
	初回3回目	年 月 日	円		円
	追加	年 月 日	円		円
合 計			円	—	円