

第3号様式（第5関係）表

年 月 日

（あて先）甲府市長

申請者住所

氏名 ④

（被接種者との関係 ）

電話（平日昼間つながるもの）

（ ） ー

予防接種費用償還払申請書兼請求書

予防接種費用の償還払を受けたいので、予防接種費用の償還払に関する要綱第5の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。

なお、必要があるときは、以下事項について甲府市が住民基本台帳の調査及び医療機関に確認を行うことに同意します。

1. 被接種者

住 所	甲府市
（ふりがな） 氏 名	
生年月日	年 月 日生
性 別	男・女

2. 接種内容 裏面に記載のとおり

3. 申請金額 円（裏面の申請金額の合計を記入してください。）

4. 振込先 申請者が指定する口座

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

◆申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名

5. 提出書類

医療機関の発行した領収書の原本（予防接種と分かるもの）、母子健康手帳・予防接種済証など予防接種の記録が記載されている書類の写し、振込みを確実にするために通帳の口座番号・氏名などの記載ページのコピー

※申請期限は接種日から1年間です（必着）。申請は、法定接種年齢及び法定接種間隔・回数内のものに限ります。（市ホームページ・市民健康ガイド参照）

接種した予防接種

(単位：円)

接種ワクチン	接種年月日	接種費用（支払った金額）	償還限度額（当該年度の甲府市委託料金・助成額）	申請金額

申請金額の合計 (表面の3欄へ記入)	
-----------------------	--

※太枠の中をご記入ください。
申請金額欄には、接種費用と市が定める償還限度額のどちらか少ない方を記入してください。

※償還限度額一覧（令和6年6月1日から令和6年9月30日まで）

予防接種の種類	償還限度額（単位：円）	予防接種の種類	償還限度額（単位：円）
ロタウイルス ロタリックス ロタテック	13,230 7,781	水痘	7,910
ヒブ	7,802	2種混合（第2期）	4,905
小児の肺炎球菌	10,880	子宮頸がん（9価）	29,600
B型肝炎 0.25mLパペイル 0.5mLパペイル	4,907 5,167	子宮頸がん（2価、4価）	16,675
四種混合	10,220	日本脳炎1期	6,957
五種混合 ゴービック クイントバック	19,020 19,097	日本脳炎2期	7,050
BCG	11,375	高齢者インフルエンザ	2,000
麻しん・風しん混合1期・2期	10,880	高齢者肺炎球菌	4,000
麻しん	7,305	予診のみ（乳幼児）	3,825
風しん	7,316	予診のみ（学童）	3,075