

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 ㊟

（被接種者との関係 ）

電話（平日昼間つながるもの）

（ ） -

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)

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4年4月1日から令和5年3月31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	13,205	水痘	7,855
ロタテック	7,758		
ヒブ	7,459	2種混合（第2期）	4,845
小児の肺炎球菌	10,825	子宮頸がん	15,182
B型肝炎 0.25mLバイアル	4,854	日本脳炎1期	6,900
0.5mLバイアル	5,114		
四種混合	10,165	日本脳炎2期	6,990
単独不活化ポリオ	8,900	高齢者インフルエンザ	2,000
BCG	9,665	高齢者肺炎球菌	4,000
麻しん・風しん混合1期・2期	10,820	予診のみ（乳幼児）	3,795
麻しん	7,245	予診のみ（学童）	3,045
風しん	7,256		