

八丈町長 殿

申請者 住 所 八丈町
 氏 名 (印)
 続 柄 保護者 ・ ()
 電話番号 ()

定期予防接種（小児）費用扶助費支給申請書

令和8年度八丈町定期予防接種（小児）費用扶助費支給要綱第5条の規定に基づき扶助費の支給を申請します。

予防接種を受けた方	フリガナ	(生年月日)
	氏 名	年 月 日生 (歳 か月)
	住 所 申請者と同じ / 八丈町	番地

申請額	円
-----	---

※申請額明細は裏面に記入

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		普通・当座	
口座名義人 (カタカナ書き)			

<必要書類>

- ① 母子健康手帳の写しまたは予防接種済証
- ② 接種費用を支払ったこと及びその額を確認できる書類

【八丈町記入欄】

助 成 決 定 額	備考・メモ欄	審 査		
円		課長	係長	係

【 裏 面 】

太枠内（費用助成の申請理由・医療機関名・該当予防接種欄）を記入してください。

申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等 <input type="checkbox"/> 入院等 <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> その他（ ）		接種医療機関名	
	接種日	自己負担額	助成限度額	決定額
妊婦用 RS ウイルス ワクチン	年 月 日	円	31,570 円	円
ロタテック①	年 月 日	円	12,100 円	円
ロタテック②	年 月 日	円	12,100 円	円
ロタテック③	年 月 日	円	12,100 円	円
ロタリックス①	年 月 日	円	17,160 円	円
ロタリックス②	年 月 日	円	17,160 円	円
小児用肺炎球菌①	年 月 日	円	14,410 円	円
小児用肺炎球菌②	年 月 日	円	14,410 円	円
小児用肺炎球菌③	年 月 日	円	14,410 円	円
小児用肺炎球菌④	年 月 日	円	14,410 円	円
五種混合①	年 月 日	円	22,550 円	円
五種混合②	年 月 日	円	22,550 円	円
五種混合③	年 月 日	円	22,550 円	円
五種混合④	年 月 日	円	22,550 円	円
B 型肝炎①	年 月 日	円	8,690 円	円
B 型肝炎②	年 月 日	円	8,690 円	円
B 型肝炎③	年 月 日	円	8,690 円	円
BCG	年 月 日	円	12,540 円	円
麻しん風しん混合①	年 月 日	円	13,200 円	円
麻しん風しん混合②	年 月 日	円	13,200 円	円
水痘①	年 月 日	円	11,440 円	円
水痘②	年 月 日	円	11,440 円	円
日本脳炎①	年 月 日	円	10,010 円	円
日本脳炎②	年 月 日	円	10,010 円	円
日本脳炎③	年 月 日	円	10,010 円	円
日本脳炎④	年 月 日	円	10,010 円	円
二種混合	年 月 日	円	7,920 円	円
子宮頸がん①	年 月 日	円	28,490 円	円
子宮頸がん②	年 月 日	円	28,490 円	円
子宮頸がん③	年 月 日	円	28,490 円	円
合 計				円

※決定額は、自己負担額と助成限度額のいずれか低い方の金額になります。

※申請期間は、予防接種を受けた日から1年間です。（助成額は申請年度の金額になります）