

宛先	〒	収受印	家庭健康課・保健福祉課	予防企画課
	住所			
	フリガナ	申請日： 令和 年 月 日		
	氏名	様		

県外定期予防接種費用助成申請書（兼決定通知書）

（あて先）仙台市長

下記のとおり、県外定期予防接種費用の助成を申請します。

申請者	住所	<input type="checkbox"/> 宛先欄と同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 宛先欄と同じ	申請者押印	印
	被接種者との続柄	申請者の電話番号	( )	
被接種者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	フリガナ	男	生 年 月 日	
	氏名	女	H・R 年 月 日 (満 歳)	
支払金額（合計）		円		

【添付書類】 次の書類を貼り付け台紙に添付してください。

(1) 接種した医療機関等の領収書の写しと、医療費明細書の写し（被接種者の名前、支払金額、接種日、受領印、接種ワクチン及び接種医療機関が分かるもの）

(2) 予防接種の記載が記録されているもの（母子健康手帳の「予防接種の記録」の全ページの写し）

※添付書類は、原則返却しません。

◆裏面の支払金額内訳もご記入ください

【仙台市認定欄】

No:

1 決定事項

申請のありました標記について、仙台市県外定期予防接種費用助成に関する要綱第6条の規定により、下記のとおり決定しましたので通知します。

決定番号	仙台市（ 健保予）指令第 号		
交付の可否	可 ・ 否	交付金額	円
交付しない場合の理由			

2 通知年月日： 年 月 日 仙台市長

【支払金額内訳】

※交付上限額(b)の金額は変更になる場合があります。

予防接種の種類	回	接種日 (年月日)	支払額 (a)	交付上限額 (b)	申請金額 (a)(b)いずれか 低い額	依頼書 の有無
Hib(ヒブ)感染症	1回目		円	10,600円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	2回目		円	10,600円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	3回目		円	10,600円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	追加		円	10,600円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
小児の肺炎球菌 感染症	1回目		円	13,800円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	2回目		円	13,800円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	3回目		円	13,800円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	追加		円	13,800円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
B型肝炎	1回目		円	8,000円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	2回目		円	8,000円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	3回目		円	8,000円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ロタウイルス感染症 (ロタリックス)	1回目		円	16,500円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	2回目		円	16,500円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ロタウイルス感染症 (ロタテック)	1回目		円	11,400円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	2回目		円	11,400円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	3回目		円	11,400円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4種混合 (DPT-IPV)	1回目		円	12,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	2回目		円	12,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	3回目		円	12,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	追加		円	12,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5種混合 (DPT-IPV-Hib)	1回目		円	21,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	2回目		円	21,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	3回目		円	21,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	追加		円	21,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
BCG	1回		円	11,200円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
麻しん風しん	I期		円	11,800円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	II期		円	10,000円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
水痘	1回目		円	10,300円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	2回目		円	10,300円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
日本脳炎	初回		円	7,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	2回目		円	7,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	追加		円	7,900円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	II期		円	7,100円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				合計	円	

太枠内のみ記入してください

第1号様式