記 入 例

第２号様式（第５条関係）

葛飾区定期の予防接種の再接種費用助成金交付請求書

年　　月　　日

葛飾区長　宛て

〒 125-0062

請求者　住　所　葛飾区　青戸4 －15－14

氏　名　見 本　太 郎

電　話　03　（3602　）1238

接種者との続柄　（　父　）

葛飾区定期の予防接種の再接種費用助成実施要綱第５条の規定により、別紙必要書類を添えて下記金額を請求します。

本請求に当たり、住民基本台帳を確認することについて、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。

記

接種者

氏　名	見 本　三 太 郎	生年月日	
住　所			

金額訂正はできませんので、ご注意ください。
書き間違えたときは、書き直しが必要になりますので、保健予防課までご連絡ください。

予防接種に要した費用	31,000	円	（裏面※１の金額）
申 請 ・ 請 求 金 額	30,868	円	（裏面※２の金額）

振込希望先

振込先金融機関		かつしか	銀行・信用金庫 信用組合・農協		青 戸	本店 支店 出張所	
金融機関番号・支店番号		0	0	1	1	3	2	1
振込口座	預金種別	（1）普　通			2　当　座			
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ミホン　ハナコ						
	口座名義人	見　本　花　子						

委　任　状（請求者と口座名義人が異なる場合に記入）

葛飾区定期の予防接種の再接種費用助成金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

受任者　氏　名　見本　花子

住　所　葛飾区青戸4－15－14

振込口座の名義が申請者と異なる場合は、受領を委任する委任状の記載が必要です。

接種費用・請求金額の内訳

ワクチンの種類		接種年月日	自己負担金 ア	助成上限額 イ (令和８年５月31日まで接種分)	助成上限額 イ (令和８年６月１日以降接種分)	助成金額 アとイの低い方	接種 医療機関 (注)
５種混合 (DPT-IPV-Hib)	初回１回目	年　月　日	円	接種完了 ｸｲﾝﾄﾊﾞｯｸ 22,033 円 ｺﾞｰﾋﾞｯｸ 21,956 円	接種完了 ｸｲﾝﾄﾊﾞｯｸ 22,055 円 ｺﾞｰﾋﾞｯｸ 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	2025 年 5 月 30 日	20,000 円			20,000 円	
４種混合 (DPT-IPV)	初回１回目	年　月　日	円	接種完了 ｸｱﾄﾛﾊﾞｯｸ 円 ﾃﾄﾗﾋﾞｯｸ 円	接種完了 ｸｱﾄﾛﾊﾞｯｸ 円 ﾃﾄﾗﾋﾞｯｸ 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				
３種混合 (DPT)	初回１回目	年　月　日	円	接種完了 11,231 円	接種完了 11,253 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	
不活化ポリオ	初回１回目	年　月　日	円	接種完了 11,891 円	接種完了 11,913 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	
2種混合(DT)2期		年　月　日	円	接種完了 6,336 円	接種完了 6,358 円	円	
麻しん風しん混合(MR)1期		年　月　日	円	接種完了 13,739 円	接種完了 13,794 円	円	
麻しん風しん混合(MR)2期		年　月　日	円	接種完了 12,309 円	接種完了 12,364 円	円	
日本脳炎	1期初回1回目	年　月　日	円	接種完了 9,471 円	接種完了 9,493 円	円	
	1期初回2回目	年　月　日	円			円	
	1期追加	年　月　日	円			円	
	2期	年　月　日	円	接種完了 7,216 円	接種完了 7,238 円	円	
	1期特例1回目	年　月　日	円	接種完了 7,216 円	接種完了 7,238 円	円	
	1期特例	年　月　日	円			円	
		日	円			円	
		日	円	接種完了 7,216 円	接種完了 7,238 円	円	
ヒブ		日	円	接種完了 10,836 円	接種完了 10,858 円	円	
		月　日	円			円	
	初回３回目	年　月　日	円			円	
	追加	年　月　日	円			円	
小児用 肺炎球菌	初回１回目	年　月　日	円	接種完了 13,816 円	接種完了 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	
水痘	１回目	2025 年 6 月 15 日	11,000 円	接種完了 10,846 円	接種完了 10,868 円	10,868 円	
	２回目	年　月　日	円			円	
B型肝炎	１回目	年　月　日	円	接種完了 0.25ml 8,074 円 0.5ml 8,319 円 0.25ml(ｼﾘﾝｼﾞ) 8,111 円	接種完了 0.25ml 8,096 0.5ml 8,341 0.25ml(ｼﾘﾝｼ 8,133		
	２回目	年　月　日	円				
	３回目	年　月　日	円				
HPV (ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ)	１回目	年　月　日	円	接種完了 30,069 円	接種完了 30,124 円		
	２回目	年　月　日	円				
	３回目	年　月　日	円				
合　計			※1 31,000 円	―	―	※2 30,868 円	―

自己負担額が助成上限額以内の場合は、
自己負担金額を記入してください。

令和８年５月31日以前と
令和８年６月１日以降で
上限額が異なりますので
ご注意ください。

自己負担額が助成上限額を超えている場合は、
助成上限額を記入してください。

(注)複数の医療機関で受診したときは、予防接種の種類ごとに接種した医療機関の記号(A・B・C)を記入してください。

A	医療機関名		所在地	
B	医療機関名		所在地	
C	医療機関名		所在地	