

2022年度 田川市定期予防接種費用助成金の限度額

福岡県医師会に加入している医療機関以外で予防接種を受けた場合の助成金の支給対象となる予防接種の種類及びその助成金の限度額（この額を超える部分の助成金の支給はできません）は、下記の表のとおりです。（2022年4月現在）

予防接種の種類				助成金限度額
A類 疾病	BCG			9,060円
	ヒブ			9,270円
	小児用肺炎球菌			11,720円
	四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）			10,200円
	三種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風）			5,940円
	二種混合（ジフテリア・破傷風）			4,860円
	ポリオ			9,100円
	麻しん・風しん（混合）			9,610円
	麻しん（単体）			6,370円
	風しん（単体）			6,370円
	日本脳炎			6,960円
	子宮頸がん			16,600円
	水痘			8,130円
	B型肝炎			6,150円
ロタリックス			14,400円	
ロタテック			9,670円	
B類 疾病	インフルエンザ	生活保護世帯	1回目	4,500円 ただし、自己負担した額が4,500円未満の場合は、その額
		上記以外の高齢者	1回目	3,500円 ただし、自己負担した額が4,500円未満の場合は、その額から1,000円を差し引いた額
	成人用肺炎球菌	生活保護世帯	1回目	8,000円 ただし、自己負担した額が8,000円未満の場合は、その額
		上記以外の高齢者	1回目	5,000円 ただし、自己負担した額が8,000円未満の場合は、その額から3,000円を差し引いた額

注意：助成金限度額を超える部分の費用については、助成金の支給対象にはなりません。また、対象となる予防接種を受けたときの自己負担額と助成金限度額を比較して低いほうの額が助成金の額となります。

* 助成金額の計算例

（田川市予防接種費用助成金交付申請書の記入例の場合を示しています。）

予防接種の種類	接種費用を実際負担した額		助成金交付決定額
四種混合	10,200円	助成金限度額同額 ○	10,200円
ヒブ	8,000円	助成金限度額未満 ⇒	8,000円
麻しん・風しん（混合）	11,000円	助成金限度超過 ⇒	9,610円
合計金額	29,200円		27,810円

問い合わせ先

〒825-0002 田川市大字伊田2550-1
田川市役所 保健福祉課 保健センター
Tel. 0947-44-8270

助成金交付決定額

令和 年 月 日

田川市長 殿

田川市予防接種費用助成金交付申請書

申請者 〒

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

田川市予防接種費用助成要綱第6条第2項の規定により、予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

予防接種を受けた者	住 所	田川市		
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日
	申請者との続柄			
予防接種の種類	接種年月日	医療機関		接種費用負担額
		名 称	所 在 地	
	令和 年 月 日			円
	令和 年 月 日			円
	令和 年 月 日			円
	令和 年 月 日			円
	令和 年 月 日			円
合 計 金 額				円

(添付書類)

- 1 予防接種を受けた医療機関が発行した領収書で、予防接種を受けた者の氏名、接種費用の額及び医療機関の名称が記載されたもの (原本)
- 2 予防接種予診票の写し (接種を実施した医師署名又は記名押印のあるもの)
- 3 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されている部分又は予防接種済証の写し
- 4 その他 ()

この申請の内容について、田川市が医療機関に確認することに同意します。

申請者氏名 _____

注：田川市の住民の方が予防接種を受けたときにその予防接種費用が助成対象となります。

記入例

令和〇年〇月〇日

田川市長 殿

田川市予防接種費用助成金交付申請書

保護者又は予防接種費用を負担した方が申請してください。

申請者 氏

住所 田川市中央町1番1号

氏名 炭都澄夫

電話番号 0947(44)2000

田川市予防接種費用助成要綱第6条第2項の規定により、予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

予防接種を受けた者	住所	田川市 大字伊田2550番地1		
	氏名	炭都潤子	性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 令和 2年 1月 18日		
	申請者との続柄	子		
予防接種の種類	接種年月日	医療機関		接種費用負担額
		名称	所在地	
四種混合	令和 2年 4月 26日	後藤寺病院	山口県〇町大字△1番地	10,200円
ヒブ	令和 2年 5月 12日	伊田医院	大分県〇市△町1番2号	8,000円
麻しん・風しん(混合)	令和 3年 2月 9日	伊田医院	大分県〇市△町1番2号	11,000円
合計金額				29,200円

実際に支払った金額 (領収書の額)

(添付書類)

- 1 予防接種を受けた医療機関が発行した領収書で、予防接種を受けた者の氏名、接種費用の額及び医療機関の名称が記載されたもの (原本)
- 2 予防接種予診票の写し (接種を実施した医師署名又は記名)
- 3 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されている部分又は予防接種済証の写し
- 4 その他 ()

必ず原本を提出してください。確認後、返却します。

この申請の内容について、田川市が医療機関に確認することに同意します。

申請者氏名 炭都澄夫

添付資料は必ず提出してください、書類に不備があると確認に時間がかかり、助成金の支給が遅れることがあります。