

予防接種費用の償還払いについて

R8. 4. 1

予防接種協力機関以外で予防接種を受ける場合には、一度医療機関において全額自己負担で支払を行っていただいた後、指定口座に助成額（※上限額参照）をお振込みいたします。

<必要書類>

事前申請 ①（任意）予防接種費用助成金交付申請書

- ※ ②接種した医療機関等の領収書原本（予防接種とわかるもの）
- ※ ③予防接種済証（母子健康手帳の予防接種記録のページ）の写し
- ※ ④予診票の原本（医療機関より送付が困難な場合）
- ⑤（任意）予防接種費用助成金交付請求書
- ⑥振込先の通帳の写し

⑦被接種者（18歳以上）と振込先口座の名義人が異なる場合、委任状

※病院からもらってくるもの②③④

<申請窓口> 桜川市役所健康推進課（岩瀬庁舎）

（岩瀬庁舎にご来庁が困難な場合は、下記お問い合わせ先にご相談ください。）

<助成上限額> ※上限額と接種費用のうち、少ない方が助成額となります

定期

5種混合	20,200円	水痘	9,200円
3種混合	9,400円	日本脳炎 第1期	7,600円
2種混合	6,000円	日本脳炎 第2期	6,900円
不活化ポリオ	10,000円	子宮頸がん9価	27,000円
ヒブ（インフルエンザ菌b型）	9,000円	RS（妊婦）	30,100円
MR混合	10,700円	風しん（第5期）	7,100円
麻しん	7,100円	MR（第5期）	9,900円
風しん	7,100円	高齢者肺炎球菌20価	3,500円
小児用肺炎球菌（15価・20価）	11,900円	高齢者インフルエンザ 標準量	2,000円
B型肝炎	6,700円	高齢者インフルエンザ 高用量	未定
ロタウイルス1価（ロタリックス）	14,500円	新型コロナウイルス	5,000円
ロタウイルス5価（ロタテック）	9,500円	帯状疱疹 生 ビケン	3,000円
BCG	11,200円	帯状疱疹 不活化 シングリックス	6,000円

任意

おたふく	2,000円	帯状疱疹 生 ビケン	3,000円
小児インフルエンザ 不活化・経鼻	2,000円	帯状疱疹 不活化 シングリックス	6,000円
風しん（妊婦・成人）	3,000円	MR（妊婦・成人）	5,000円

【お問い合わせ先】

〒309-1292 茨城県桜川市岩瀬64番地2
桜川市役所 健康推進課
TEL 0296-75-3159（直通）
FAX 0296-75-4690