

## 鳥取市 B 類疾病予防接種費用助成申請書（兼償還払請求書）

申請日 2026 年 10 月 30 日

鳥取市長 様

申請に必要なもの：領収書原本、接種済証、  
鳥取市の接種券付き予診票

標記について、領収書等を添えて申請します。

なお、償還払いに係る支払いは、下記金融機関に振り込みをお願いします。

申請者	ふりがな	エキナン タロウ				印
	氏名	駅南 太郎				
	住民票に記載の住所	〒 680-0845				※自署の場合は押印不要
	電話番号	090-1234-5678				※日中連絡のとれる電話番号を記載してください。
	被接種者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他（ ）				※「その他」の場合は別途委任状が必要です。
被接種者	ふりがな	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者				
	氏名	と同じ				
	住民票に記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者	〒			
	生年月日	と同じ	鳥取市			
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 契約外医療機関での接種のため <input type="checkbox"/> 契約医療機関において実費負担で接種したため					
接種項目	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (小児以外)	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 新型コロナ	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ	
接種日	年 月 日	2026年10月1日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
① 支払った金額 (領収書の金額)	円	11,000 円	円	円	円	
② 自己負担額	課税世帯	円	3,200 円	円	円	
	非課税世帯	円	1,100 円	円	円	
	生活保護世帯	0 円				
③ 助成額 (①-②)	円	7,800 円	円	円	円	
④ 上限額	課税世帯	円	7,480 円	円	円	
	非課税世帯	円	9,580 円	円	円	
	生活保護世帯	円	10,680 円	円	円	
⑤ ③・④のうち低い額	円	7,480 円	円	円	円	
申請額 (⑤の合計額)	7,480 円					
振込先	金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)	
	鳥取 銀行 信金 農協	鳥取市役所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	エキナン タロウ	

捨印

## 鳥取市 B 類疾病予防接種費用助成申請書（兼償還払請求書）

申請日 2026 年 9 月 30 日

鳥取市長 様

申請に必要なもの：領収書原本、接種済証、  
減免申請書（または非課税証明書）

標記について、領収書等を添えて申請します。

なお、償還払いに係る支払いは、下記金融機関に振り込みをお願いします。

申請者	ふりがな	エキナン タロウ				印
	氏名	駅南 太郎				
	住民票に記載の住所	〒 680-0845				※自署の場合は押印不要
	電話番号	090-1234-5678				※日中連絡のとれる電話番号を記載してください。
	被接種者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他（ ）				※「その他」の場合は別途委任状が必要です。
被接種者	ふりがな	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者				
	氏名	と同じ				
	住民票に記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	鳥取市		
	生年月日	1961 年 8 月 27 日	※西暦で記入してください。			
申請理由	<input type="checkbox"/> 契約外医療機関での接種のため <input checked="" type="checkbox"/> 契約医療機関において実費負担で接種したため					
接種項目	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (小児以外)	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 新型コロナ	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	<input type="checkbox"/> 小児インフルエン ザ	
接種日	年 月 日	2026年9月1日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
① 支払った金額 (領収書の金額)	円	3,200 円	円	円	円	
② 自己 負担額	課税世帯	円	3,200 円	円	円	
	非課税世帯	円	1,100 円	円	円	
	生活保護世帯	0 円				
③ 助成額 (①-②)	円	2,100 円	円	円	円	
④ 上限額	課税世帯	円	7,480 円	円	円	
	非課税世帯	円	9,580 円	円	円	
	生活保護世帯	円	10,680 円	円	円	
⑤ ③・④のうち低い額	円	2,100 円	円	円	円	
申請額 (⑤の合計額)	2,100 円					
振込先	金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)	
	鳥取 <u>銀行</u> 信金 農協	鳥取市役所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	エキナン タロウ	

捨印