

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 2025 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 鳥取市富安2丁目138-4					※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	☒ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ 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	☒ 申請者					
	氏名	と同じ					
	住民票に記載の住所	☒ 申請者 と同じ	〒	鳥取市			
	生年月日	1960 年 9 月 27 日					※西暦で記入してください。
申請理由		☒ 契約外医療機関での接種のため ☐ 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		☐ インフルエンザ (小児以外)	☒ 高齢者肺炎球菌	☐ 新型コロナ	☐ 带状疱疹	☐ 小児インフルエンザ	
接種日		年 月 日	2025 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	8,000 円	円	円	円	
② 自己負担額	課税世帯	円	2,300 円	円	円		
	非課税世帯	円	800 円	円	円		
	生活保護世帯	0 円					
③ 助成額 (①-②)		円	5,700 円	円	円	円	
④ 上限額	課税世帯	円	5,570 円	円	円	円	
	非課税世帯	円	7,070 円	円	円		
	生活保護世帯	円	7,870 円	円	円		
⑤ ③・④のうち低い額		円	5,570 円	円	円	円	
申請額 (⑤の合計額)		5,570 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	☒ 普通 ☐ 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 2025 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
		鳥取市富安2丁目138-4					
	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	☒ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ 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	☒ 申請者					
	氏名	と同じ					
	住民票に記載の住所	☒ 申請者	〒				
		と同じ	鳥取市				
生年月日	1960 年 8 月 27 日 ※西暦で記入してください。						
申請理由	☐ 契約外医療機関での接種のため ☒ 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		☐ インフルエンザ（小児以外）	☒ 高齢者肺炎球菌	☐ 新型コロナ	☐ 帯状疱疹	☐ 小児インフルエンザ	
接種日		年 月 日	2025 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	2,300 円	円	円	円	
② 自己負担額	課税世帯	円	2,300 円	円	円		
	非課税世帯	円	800 円	円	円		
	生活保護世帯	0 円					
③ 助成額（①－②）		円	1,500 円	円	円	円	
④ 上限額	課税世帯	円	5,570 円	円	円	円	
	非課税世帯	円	7,070 円	円	円		
	生活保護世帯	円	7,870 円	円	円		
⑤ ③・④のうち低い額		円	1,500 円	円	円	円	
申請額（⑤の合計額）		1,500 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	☒ 普通 ☐ 当座	1	2 3 4 5 6 7	エキナンタロウ	

捨印