

予防接種料補助申請書
(派遣前 - JICA海外協力隊)

申請日 年 月 日

独立行政法人国際協力機構

青年海外協力隊事務局長 殿

※本邦で接種した分の申請先は、各派遣形態によって異なりますので、「予防接種のご案内」P.12「費用補助申請先、お問い合わせ先」をご確認ください。在外での接種は各国在外事務所です。

隊次 _____

任国 _____

派遣期間 _____

氏名 _____

今般、予防接種を受け、接種料を立て替えましたので、補助を申請いたします。

記

1. 派遣種別 (該当する口にチェックを入れてください。)

 JICA 海外協力隊 (長期・短期)

2. 申請金額計：(支出した通貨で記入してください) _____ (通貨単位/ _____)

3. JICA 認定額 (JICA で記載します) _____ (通貨単位/ _____)

4. 振込先： 事前登録いただいている銀行口座に振り込みます。

【記入に際しての注意点】

- 接種を受けた方お1人、1種類、1回ごとに税込金額を記載してください。
- 接種年月日が派遣前か派遣中か前・中のどちらかの口にチェックを入れてください。
- 受診先の医師が必要と判断した渡航ワクチンについては費用補助対象となります。(但し、FORTH において渡航先で推奨されているワクチン、および「予防接種のご案内」において記載されているワクチン以外は費用補助対象外であることをご注意ください。)

• 不備がある場合には、補助対象になりませんので、費用補助申請方法をよくお読みください。

***記載するワクチンの中で、最後に接種したワクチンの領収日から60日以内に申請してください(接種間隔が3ヶ月以上空く場合は分けて申請してください)。年度内(4/1~3/31)に接種したものは翌年度の4/1まで必着です。**

予防接種申請書 領収書・明細書添付用紙

本用紙が足りない場合は A4 の用紙（両面白紙のもの）にて代用可能です。（裏面には貼付しないでください。）

領収書・明細書のご提出にあたっては、下記の点にご協力ください。

- 1) 領収書発行の際には、医療機関に下記の点をご依頼ください。
宛先；接種を受けた人の氏名とする。
形式；原則、1名1種類1回につき1枚とする。

数種類分について1枚の領収書となる場合は、1名1種類1回毎の税込金額を発行する。
種類毎に分けられない経費（診察料等）がある場合は、その内容毎に金額を明記する。
- 2) 領収書は、オリジナルを添付してください。
1枚ずつ全体が見えるように、すべて「のり」で貼ってください。（重ね貼り不可）

添付用紙には、右上の証書番号（1番から連番）を記入してください。

ワクチンの個別の費用（税込）が分かるよう明細書（オリジナル）を添付、または内訳が確認できるもの（例：病院のHPに記載されている料金表）を申請書に添付してください。
- 3) 外国語で記載されている領収書には、予防接種名がわかる和訳をペンで記載してください。（鉛筆不可）
- 4) 黄熱予防接種の場合は、郵便局の収入印紙ではなく、検疫所等が発行する受領書を添付してください。

上記、文章の上に領収書の添付が可能です。

予防接種料補助申請書
(派遣前 - JICA 海外協力隊)

申請日 年 月 日

独立行政法人国際協力機構

青年海外協力隊事務局長 殿

※本邦で接種した分の申請先は、各派遣形態によって異なりますので、「予防接種のご案内」P12「費用補助申請先、お問い合わせ先」をご確認ください。在外での接種は各国在外事務所です。

赴任国・出張国を記載してください。

隊次	2024-3 次隊
任国	〇〇国
派遣期間	〇〇年〇月～〇〇年〇月
氏名	国際 太郎

今般、予防接種を受け、接種料を立て替えましたので、補助を申請いたします。

記

1. 派遣種別（該当する口にチェックを入れてください。）

■ JICA 海外協力隊（長期・短期）

補助を申請する金額の合計額を記入してください。

2. 申請金額計：（支出した通貨で記入してください） 4,000 円 （通貨単位/ 円 ）

3. JICA 認定額 （JICA で記載します） （通貨単位/ ）

4. 振込先： 事前登録いただいている銀行口座に振り込みます。

【記入に際しての注意点】

- 接種を受けた方お1人、1種類、1回ごとに税込金額を記載してください。
- 接種年月日が派遣前か派遣中か前・中~~の~~どちらかの口にチェックを入れてください。
- 受診先の医師が必要と判断した渡航ワクチンについては費用補助対象となります。（但し、FORTH において渡航先で推奨されているワクチン、および「予防接種のご案内」において記載されているワクチン以外は費用補助対象外であることをご注意ください。）

・不備がある場合には、補助対象になりませんので、費用補助申請方法をよくお読みください。

***記載するワクチンの中で、最後に接種したワクチンの領収日から60日以内に申請してください（接種間隔が3ヶ月以上空く場合は分けて申請してください）。年度内（4/1～3/31）に接種したものは翌年度の4/1まで必着です。**

証書番号は領収書添付用紙の通し番号(1~)を記入してください。

5. 接種の年月日、種類など

氏名	接種年月日	予防接種の種類 診察料/種料	接種回数	※証書番号	接種単価 (通算単位及金額)	記入欄 支払金額
国際 太郎	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2021/1/15	種料		1	3045	
	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2021/1/18	A型肺炎	1	1	7560	
	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2021/1/18	破傷風	1	2	3672	
	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2021/1/18	狂犬病	1		12960	
	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2021/1/25	種料		4	788	
	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2021/1/25	B型肺炎	1	4	6156	
	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2021/1/25	狂犬病	2	5	12960	
	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2021/1/25	種料		6	788	
//	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2022/1/15	狂犬病	3	6	12960	
//	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2022/1/15	髄膜炎	1	7	11556	
//	<input type="checkbox"/> 前・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 2022/2/14	黄熱病	1	8	13650	
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					
	<input type="checkbox"/> 前・ <input type="checkbox"/> 中					

診察料(初診料・再診料)も記載してください。
 狂犬病、髄膜炎菌性髄膜炎 費用補助は
 ①診察料(初診料・再診料)
 ②ワクチン代
 ③ワクチン接種手技料
 ④消費税をあわせて 25,000 円(1 種類/回 税込)を上限とした実費
 狂犬病、髄膜炎菌性髄膜炎以外のワクチン 10,000 円(1 種類/回 税込)を上限とした実費

消費税を含めた領収書の金額を記載してください。一度に複数の予防接種を受けた際に消費税が全額にかけられている場合はそれぞれの予防接種料に10%をかけた額を記載してください。領収書の合計額と合うように端数を調整してください。

備考欄