

予防接種費償還払い交付申請書兼請求書

伊佐市長様

年 月 日

申請者（※18 歳未満の場合は保護者）

住 所 〒

氏 名

被接種者との続柄【 】

電話番号

予防接種償還払いについて、伊佐市予防接種費の償還払いに関する要綱第 5 条の規定により、関係書類（裏面記載）を添えて、次の通り申請します。

被 接 種 者	住 所 : 伊佐市			
	氏 名 :			
	生年月日 : 年 月 日			
予防接種の種類	接 種 年 月 日	接 種 費 用 (自己負担分)		償還払い決定額 ※伊佐市記入欄
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
振 込 先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義
銀行	本 店	普通		フリガナ
金庫	支 店			
農協	出張所	当座		
(口座名義が申請者と異なる場合) 上記、接種費用に係る償還払いの受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住 所 氏 名 被接種者との続柄【 】				

注 太枠内を記入してください。

関係書類

- ☐ 接種した医療機関等が発行した領収書
(被接種者氏名、当該予防接種の種類及びその費用、接種日、医療機関名等が記載されたもの)
- ☐ 予防接種の記録が記載されているもの
(母子健康手帳の写し又は予防接種済証)
- ☐ 予診票の原本又はその写し
- ☐ 通帳の写し
(銀行名・支店名・種別・口座番号・口座名義のページ)

注意事項

- 1 償還払いの額は、予防接種に要した費用又は予防接種を受けた日（以下「接種日」という。）の属する年度に市と委託医療機関との間で締結した予防接種業務委託契約に基づく予防接種の費用のいずれか少ない額となります。
- 2 償還払いの申請は、接種日から6月以内に行ってください。