

予防接種費用償還払い申請書(兼請求書)

大野市長 様

20〇〇年〇月〇日

<申請者>

フリガナ オオノ ハナコ  
氏名 大野 花子

住所 大野市〇〇町〇-〇

被接種者との続柄 母 連絡先 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり関係書類を添えて申請します。また、この申請内容を審査するために、市が被接種者の住民登録情報を確認すること、必要があるときは下記事項について市が医療機関に確認を行うことに同意します。

1 被接種者

フリガナ 氏名	オオノ ハナエ 大野 はなえ	生年月日	2020年1月〇日
住所	〒912-0000 大野市〇〇町〇	母子健康手帳の「予防接種の記録」をみながら記入してください。	

2 接種内容

※②、③は市が記入

接種日	予防接種		① 接種費用	② 大野市の 上限額	③ 申請額 (①と②の低い金額)
	種類	回数 (例：〇回目/追加)			
R〇年6月1日	ロタリックス	1回目	13,700	大野市が記入します。	
R〇年6月1日	B型肝炎	1回目	6,000		
R〇年6月1日	小児肺炎球菌	1回目	10,180		
R〇年6月1日	Hib	1回目	8,140		
R〇年6月1日	ロタリックス	2回目	10,180		
R〇年7月10日	B型肝炎				
R〇年7月10日	小児肺炎球菌	2回目	10,180		
R〇年7月10日	Hib	2回目	8,140		
R〇年7月10日	四種混合	1回目	10,950		
R〇年8月25日	小児肺炎球菌	3回目	10,180		
R〇年8月25日	Hib	3回目	8,140		
R〇年8月25日	四種混合	3回目	10,950		
申請額合計					

3 振込先口座情報

金融機関名	〇〇銀行	支店名	大野支店
区分	普通 当座	口座番号	000000
フリガナ	オオノ ハナコ		
口座名義	大野 花子		