

予防接種費償還払申請書兼請求書

大野市長 様

年 月 日

<申請者>

フリガナ

氏名

住所

被接種者との続柄

連絡先

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		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	〒 大野市		

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：○回目/追加)			
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
年 月 日					
申請額合計					

3 振込先口座情報

金融機関名		支店名	
区分	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

【関係書類】

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
- 予診票の原本
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

申請者が被接種者・保護者でない場合は、下記の委任状が必要です。

※被接種者が成人している場合（申請時に18歳以上の場合）、被接種者以外が申請する時は委任状を記入してください。

## 委 任 状

代理人（申請者） 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め次の権限を委任します。

1. 予防接種費用償還払い申請書（兼請求書）に関すること

年 月 日

委任者（被接種者）  
住所 \_\_\_\_\_  
氏名（自署） \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_