様式第８号（第８条関係）

　　　　　年　　月　　日

稲敷市長　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（接種者との続柄　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　稲敷市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　）　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※日中つながる番号をご記入ください。

稲敷市任意予防接種公費負担額請求書（償還払い）

　　　　稲敷市任意予防接種実施規則第８条第２項により，関係書類を添えて予防接種償還払いを請求します。

記

１　接種者氏名

（生年月日　　　　年　　月　　日　　　　歳　　　か月）

２　請　求　額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

　　　（内訳）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 | 公費負担額（１回あたり） | 接種日 | 接種医療機関名 |
| ﾛﾀｳｲﾙｽ１価 | ５，０００円 | １回目　　　　　年　　月　　日２回目　　　　　年　　月　　日 |  |
| ﾛﾀｳｲﾙｽ５価 | ３，５００円 | １回目　　　　　年　　月　　日２回目　　　　　年　　月　　日３回目　　　　　年　　月　　日 |  |
| おたふくかぜ | ３，０００円 | 　　　　　　　　年　　月　　日 |  |
| 小児ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ | １，０００円 | １回目　　　　　年　　月　　日２回目　　　　　年　　月　　日 |  |
| 高齢者肺炎球菌 | ３，０００円 | 　　　　　　　　年　　月　　日 |  |

３　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　支店　　　 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 | 　 |
| (フリガナ)口座名義 | 　 |

４　添付書類

　（１）予防接種記録の写し。（母子健康手帳又は済証）

　　　　（２）領収書（予防接種名の記載）

　　　　（３）小児インフルエンザについては、未使用の小児ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種予診票兼接種券