

年 月 日

稲敷市長 様

申請者氏名 (印)
(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) ※令和7年4月～令和8年3月までの支払いが該当します。

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
おたふくかぜ	3, 0 0 0 円	年 月 日	
小児インフルエンザ	2, 0 0 0 円	年 月 日	
高齢者肺炎球菌	3, 0 0 0 円	年 月 日	
麻しん風しん混合	5, 0 0 0 円	年 月 日	
带状疱疹 (生ワクチン)	4, 0 0 0 円	年 月 日	
带状疱疹 (不活化ワクチン)	1 0, 0 0 0 円	年 月 日 (1回目) 年 月 日 (2回目)	

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ザ 予防接種予診票兼接種券
 - (4) 振込口座番号の写し

※市記入欄

窓口受付日 / (印)	担当課処理日 / (印)	システム入力日 / (印)
口座の確認済み (印)		