

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 |
|------------------------|------------------|--------------------------|---------|
| おたふくかぜ | 3,000円 | 年 月 日 | |
| 小児インフルエンザ [※] | 2,000円 | 年 月 日 | |
| 高齢者肺炎球菌 | 3,000円 | 年 月 日 | |
| 麻しん風しん混合 | 5,000円 | 年 月 日 | |
| 带状疱疹 (生ワクチン) | 4,000円 | 年 月 日 | |
| 带状疱疹 (不活化ワクチン) | 10,000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 / ㊞ | 担当課処理日 / ㊞ | システム入力日 / ㊞ |
| 口座の確認済み ㊞ | | |