

美作市定期予防接種費用償還払申請書兼請求書 (F)

年 月 日

美作市長 様

請求者

住 所 美作市北山〇〇番地

氏 名 美作 太郎 (印)

電話番号 0868-75-3912

※請求者と被接種者は同じになるようにお願いします。

美作市定期予防接種費用について、美作市定期予防接種費用助成実施規則第6条の規定に基づき、下記のとおりに請求します。

記

※請求者と口座名義人が同じになるようにお願いします

被接種者	フリガナ	ミマサカ タロウ			生年月日	昭和33年4月1日生
	氏 名	美作 太郎				
	住 所	美作市 北山〇〇番地			67 歳 (接種日年齢)	
接種日	ワクチンの種類	接種者支払額 (A)	自己負担額 (B)	請求額 (A) - (B)		
	インフルエンザ	円	1,700円	円		
	新型コロナウイルス	円	円	円		
	高齢者肺炎球菌	円	4,000円	円		
	带状疱疹(生ワクチン)	円	4,000円	円		
	带状疱疹(不活化ワクチン)	円	11,000円	円		
合 計 請 求 金 額		〇〇〇〇〇 円				
振込先	金融機関名	〇〇 銀行 金庫 組合	店 名 × × 支店 出張所	普通 当座 該当を○で囲む		
	記 号 (ゆうちょ銀行の場合)	フリガナ ミマサカ タロウ				
	口座番号	口座名義人 美作 太郎				

※接種したワクチンの名前がある欄に接種日を記入

※領収書に記載されている金額を記入

※(A)から(B)を引いた金額を記入

【添付書類(添付)

- ☐ 領収書
☐ 接種し
☐ 通帳の

※インフルエンザ・新型コロナウイルスはR7.10.1からR8.2.28の期間に接種したものが償還払いの対象。

※高齢者肺炎球菌・带状疱疹・インフルエンザは接種日から半年以内に申請をして下さい。

※新型コロナウイルスはR8.3.31までに申請をしてください。

※添付書類(特に接種したワクチン名がわかる書類)が揃っているか確認してください。

※請求者住所以外に償還給付通知書を送付を希望されることで、ご記入ください。

送付先住所	〒
送付先氏名	