

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
	氏 名	美作 太郎			昭和33年 4月 1日生
	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	2,000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 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。

※接種日から1年以内に申請をして下さい。

※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の送付を希望されるとき、ご記入ください

送付先住所	〒
送付先氏名	