

## 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、下記のとおり請求します。

記

※請求者と口座名義人が同じになるようお願いしま

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
※接種したワクチンの名前がある欄に接種日を記入	新型コロナウイルス	※領収書に記載されている金額を記入	円	2,000円
	高齢者肺炎球菌	記入	円	4,000円
	帯状疱疹(生ワクチン)	円	4,000円	円
	帯状疱疹(不活化ワクチン)	円	11,000円	円
合計	請求金額	○○○○○ 円		
振込先	金融機関名	○○	銀行金庫組合	店 ××支店 出張所
	記号 (ゆうちょ銀行の場合)	普通 当座 該当を○で囲む		
	口座番号	フリガナ ミマサカ タロウ		
	口座名義人 美作 太郎			

## 【添付書類(添付)

- 領収書
- 接種証明書
- 通帳の写し

※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	