

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  
氏 名  
電話番号



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

被接種者	フリガナ				生年月日
	氏 名				昭和 年 月 日生
	住 所	美作市			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		円			
振込先	金融機関名	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		
	口座番号		口座名義人		

【 添付書類（添付書類がそろっているか、必ずご確認ください） 】

- ☐ 領収書（原本）
- ☐ 接種したワクチン名がわかる書類（接種済証・医療明細書・予診票の写し等）
- ☐ 通帳の写し

※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	