様式第３号（第５条関係）

年　　月　　日

　（宛先）千曲市長

請求者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

（被接種者との関係　　　　　　　　　　　　）

千曲市予防接種費償還払交付申請書兼請求書

　予防接種費の償還払を受けたいので、千曲市定期予防接種費償還払に関する要綱第５条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

記

接種した予防接種の内容及び申請額

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日生 | |
| 予防接種の種類 | | 接種日 | 予防接種費 | | | 償還払額 |
|  | | 年　　月　　日 | 円 | | | 円 |
|  | | 年　　月　　日 | 円 | | | 円 |
|  | | 年　　月　　日 | 円 | | | 円 |
|  | | 年　　月　　日 | 円 | | | 円 |
|  | | 年　　月　　日 | 円 | | | 円 |
|  | | 年　　月　　日 | 円 | | | 円 |
|  | | 年　　月　　日 | 円 | | | 円 |
|  | | 年　　月　　日 | 円 | | | 円 |
|  | | 年　　月　　日 | 円 | | | 円 |
|  | | 年　　月　　日 | 円 | | | 円 |
| 合　　　計 | | | | | | 円 |

※太枠内を記入

予防接種費の振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店名 | 種目 | 口座番号 | 口座名義人（フリガナ） |
| 銀行  信金  信組  農協 | 本店  支店  支所  出張所 | 普通  当座 |  |  |

注）１　接種日の翌日から起算して１年以内に申請してください。

　　２　接種費の償還額は、実際に支払った額と千曲市の接種費用のうち低い方となります。また、

Ｂ類(高齢者インフルエンザ、高齢者肺炎球菌、新型コロナ、帯状疱疹)の定期予防接種は、千曲市が定めた自己負担額を引いた額となります。

【添付書類】

　　１　接種した医療機関から発行された領収書の原本

　　　　※被接種者名、予防接種の種類、金額、接種日、医療機関が明記されたもの

　　２　予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳の写し、予防接種済証等）

　　　　※母子健康手帳は、予防接種記録のページの写しをお願いします。

　　３　予診票の原本又はその写し

　　４　請求者本人名義の振込金融機関の通帳の写し

※金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人がわかるもの

　　５　その他市長が必要と認める書類