

【記入例】

様式第3号（第6条関係）

令和〇年〇月〇日

結城市長

様

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 結城市△△△△△

氏名 〇〇 〇〇〇

(被接種者との続柄 母)

結城市予防接種費用償還払申請書兼請求書

予防接種費用の償還払を受けたいので、結城市予防接種費用の償還払いに関する要項の第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。

被接種者本人が成人されている場合は、ご本人が申請してください。その際は「本人」と記載してください。未成年の場合は、保護者の方が申請してください。

予防接種内訳欄の合計金額を記載してください。

被接種者が成人の場合は、記入不要です。

申請・請求額	39,000 円											
被接種者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 結城市△△△△△										
	フリガナ	〇〇 △△△										
	氏名	〇〇 △△△										
	生年月日	平成9年 4月 2日										
	電話番号	×××-××××-×××										
	保護者氏名	〇〇 〇〇〇										
振込先	金融機関名	〇〇	銀行 信用金庫	支店名	〇〇	支店	出張所	営業部				
	銀行コード	1	2	3	4	支店コード	5	6	7	8		
	預金種別	1 普通預金		2 当座預金		3 その他 ()						
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7				
	フリガナ	〇〇 〇〇〇										
	口座名義	〇〇 〇〇〇										
予防接種内訳	予防接種名	回数		接種日		金額						
	予防接種がん予防ワクチン	1		2023/5/1		13,000						
	予防接種がん予防ワクチン	1		2023/7/1		13,000						
	予防接種がん予防ワクチン	1		2023/11/1		13,000						

(1) 領収書をお持ちの方は、領収書に記載されている金額を記載してください。
 (2) 領収書をお持ちでない方は、「13,000」と記載してください。

【同意事項】

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は、双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、結城市が必要と認める時は調査を行うことに同意しますか。

はい いいえ