

【記入例】

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。

申請・請求額		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	令和6年 8月 1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 信用組合・労働金庫 農業協同組合		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				
		五種混合ワクチン	1		2024/10/1						
		小児用肺炎球菌ワクチン	1		2024/10/1						
		B型肝炎ワクチン	1		2024/10/1						

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。

金額は予防接種の種類によって異なります。結城市と予防接種協力医療機関との間で締結している契約に基づく金額が上限となります。記入の際は、市健康増進課へお問い合わせください。

【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