

市川市予防接種自己負担金交付金申請書兼請求書

乳幼児・児童・生徒用

市川市長

市川市の指定する医療機関以外で予防接種を受けましたので、市川市予防接種自己負担金交付金実施要綱及び要領に基づく接種料金を請求します。(予防接種の種類は、裏面の内訳書のとおり)

※太枠内及び、裏面の内訳書を記入してください。

申請日	年 月 日		
申請者	⑩ ※朱肉を使用する印鑑で押印してください。		
住所	市川市	TEL	
対象者 (接種を受けた人)	(フリガナ)	生年月日	年 月 日
実施医療機関	医療機関名		
	所在地		
振込先は、申請者の口座をご記入ください。(申請者と振込先名義人が異なる場合は、「委任状」を添付してください。)			
振込先	銀行・農協		支店
	信用金庫		出張所
	信用組合		支所
	金融機関コード		支店番号
	普通 ・ 当座	口座番号	フリガナ
		口座名義 氏名	
支払総額		円	

- 【添付書類】**
1. 予防接種を実施した医療機関が発行した**領収書の原本**
 2. 予防接種料金の内訳書(ワクチンごとの接種料金がわかるもの)
 3. 予防接種の内容を確認できるものとして、次のいずれかひとつ
 - 母子手帳(予防接種の記録頁)の写し
 - 予診票の原本又は写し
 - 予防接種済証

【市担当課記入欄】※以下は記入しないでください。

負担区分	
おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	
<input type="checkbox"/> 有料(1,400円)	交付金合計 _____ 円
<input type="checkbox"/> 無料	

受領日	確認印
年	
/	