

市川市予防接種自己負担金交付金申請書兼請求書

高齢者用

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。

※太枠内を記入してください。

|   |                        |  |       |
|---|------------------------|--|-------|
| 申請日   | 年 月 日                  |  |       |
| 申請者   | ① ※朱肉を使用する印鑑で押印してください。 |  |       |
| 住所  | 市川市                    | TEL  |       |
| 接種を受けた方<br>(申請者と同じ場合は、同上と記入)                              | (フリガナ)                 | 生年月日   | 年 月 日 |
| 接種したワクチン  | ① 高齢者インフルエンザ           | ② 高齢者肺炎球菌(ニューモバックス)<br>※過去に肺炎球菌ワクチン(ニューバックス)を受けている方は、交付金の対象になりません。 |       |
| 接種年月日   | 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  |
|   |                        |  | 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

※接種を受けた方の氏名、生年月日、ワクチン名が記載されているもの。

【市担当課記入欄】※以下は記入しないでください。

|       |            |                                     |  |
|-------|------------|-------------------------------------|--|
| 負担区分  | 高齢者肺炎球菌    | <input type="checkbox"/> 有料(2,500円) | <input type="checkbox"/> 無料                  |
|       | 高齢者インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 有料(1,500円) | <input type="checkbox"/> 無料 平成26年度までは、1,000円 |
| 交付金合計 |            | 円                                   |  |

|     |     |
|-----|-----|
| 受領日 | 確認印 |
| 年   |     |