

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

実費を支払って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要綱及び実施要領に基づく接種料金を請求します。

※過去に肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)を受けている方は、対象外となります。

※申請受付は接種日より1年以内のものに限ります。

太枠内を記入してください。(鉛筆・フリクション不可) 訂正する場合は、二重線を引き訂正印を押してください。(氏名の訂正は不可)

住所は住民登録のある住所を記入。

申請者氏名			申請日	年	月	日
対象者住所 (接種を受けた方)	市川市 (建物名)		連絡のつく 電話番号	—	—	
対象者氏名 (接種を受けた方)	(フリガナ)		対象者 生年月日 (西暦)	19	年	月 日
↓振込先は、申請者の口座を記入してください。						
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		金融機関コード		
	支店名	本店・支店 支所・出張所		支店コード		
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
	口座名義 (カタカナで記載)					
接種したワクチン	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌(ニューモバックス)			
接種年月日(西暦)	20	年	月	日	20	年 月 日
支払金額				円	円	

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の「委任状」を記入してください。(同じ場合は、記入不要。)

委任状

私は、上記の口座名義人に市川市予防接種自己負担金交付金の受領を委任します。

年 月 日 申請者氏名 _____

【添付書類】 1. 医療機関が発行した領収書の原本(写し不可)

※氏名、ワクチン名、ワクチンの接種料金、接種年月日が未記載の場合は、明細書等を添付

【市担当課記入欄】

確認者 _____

--