

市川市 特別の理由による任意予防接種費用助成申請書兼請求書

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(予防接種の種類は、予防接種内訳書のとおり)。

※申請受付は接種日より起算し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 (保護者)		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)	20	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)						

支払総額 ※1

円

※1予防接種料金として支払った総額

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】

- 市川市特別の理由による任意予防接種費用助成申請書兼請求書および明細書
- 市川市特別の理由による任意予防接種費用助成に係る意見書
- 医療機関が発行した領収書・診療明細書(コピー可)
- 母子健康手帳等、過去の予防接種履歴が確認できるものの写し
(骨髄移植等の理由が生じる前の定期接種歴が確認できるもの)

【市担当課記入欄】

確認者 _____

--