

市川市予防接種費用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、市川市予防接種費用交付金交付要綱に基づく接種料金を請求します。
申請者と口座名義人が異なる場合は、下記口座名義人に市川市予防接種費用交付金の受領を委任します。

※申請受付は接種日から起算して1年を経過する日までとなります。

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				振 込 先	金融機関名								
対象者住所 (接種を受けた方)	市川市				支店名								
	(建物名)				金融機関コード								
対象者氏名 (接種を受けた方)	(フリガナ)					支店コード							口座 種別
	対象者 生年月日 (西暦)	年 月 日			口座番号								
電話番号						口座名義 (カタカナで記載)							

ワクチン種類	インフルエンザ	新型コロナウイルス	肺炎球菌	帯 状 疱 疹		
				ビケン(生)	シングリックス(不活化) 1回目	シングリックス(不活化) 2回目
接種年月日 (西暦)	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
支払金額	円	円	円	円	円	円

【添付書類】(写し可)

- 1. 医療機関が発行した領収書
- 2. 氏名、ワクチン名、ワクチンの接種料金及び接種年月日が記載されているもの(明細書・接種済証・予診票等)