第３号様式（第５条関係）

令和〇年〇月〇〇日

武蔵村山市長　殿

申請者住所　〇〇〇市〇〇〇〇1-1-
〇〇〇〇〇〇〇施設
氏名　施設長　〇〇 〇〇　印

（被接種者との関係：　施設長　）

記入例

予防接種費償還払申請書兼請求書

予防接種費の償還払いを受けたいので、武蔵村山市予防接種費の償還払いに関する要綱第５条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。
なお、この申請に当たり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

1　被接種者

被接種者 氏　　名	村山　太郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日
住　　所	〒208-0004　武蔵村山市本町 1-1-1		
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

それぞれインフルエンザは自己負担2,500円、コロナは7,500 円を差し引いた金額を記入してください。（上限額あり）

2　接種した予防接種

予防接種の種類	接種日	支払料金（償還請求額）	予防接種の種類	接種日	支払料金（償還請求額）
インフルエンザ	△年〇月□日	〇,〇〇〇円		年　月　日	円
コロナ	△年〇月□日	〇,〇〇〇円		年　月　日	円
	年　月　日	円		年　月　日	円
	年　月　日	円		年　月　日	円
償還請求額合計※				〇,〇〇〇　円	

※償還額については予防接種に実際に要した費用と、市と武蔵村山市医師会との間で当該年度に締結される予防接種委託契約に基づく予防接種の費用のいずれか少ない額を償還するものとする。

3　振込先

金融機関名	〇〇〇　（銀行）金庫 農協	〇〇〇　本店（支店）出張所	
口座種別	（普通）・　当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
（フリガナ） 口座名義人	（　〇〇〇〇〇〇〇シセツ　シセツチョウ〇〇　〇〇　） 〇〇〇〇〇〇〇施設　施設長〇〇　〇〇		

4　関係書類

（１）接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類・単価が分かるもの）
（２）予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
（３）予診票の原本又はその写し
（４）その他市長が必要と認める書類