

武蔵村山市長 殿

申請者住所 武蔵村山市本町 1-1-1

氏名 村山 花子

印

(被接種者との関係: 母)

予防接種費償還払い申請書兼請求書

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4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	令和〇年〇月〇〇日
住所	〒208-0004 武蔵村山市本町 1-23		
電話番号	042-565-1111		

欄が不足する場合は、もう1部コピーして御使用下さい。

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)
口タ 1 回目	△年〇月□日	〇〇,〇〇〇円	五種混合 1 回目	△年〇月□日	〇,〇〇〇円
口タ 2 回目	△年〇月□日	〇〇,〇〇〇円	五種混合 2 回目	△年〇月□日	〇,〇〇〇円
小児肺炎 1 回目	△年〇月□日	〇〇,〇〇〇円	B 型肝炎 1 回目	△年〇月□日	〇,〇〇〇円
小児肺炎 2 回目	△年〇月□日	〇〇,〇〇〇円	B 型肝炎 2 回目	△年〇月□日	〇〇,〇〇〇円
償還請求額合計※				〇〇,〇〇〇 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	武蔵村山	銀行 金庫 農協	村山	本店 支店 出張所
口座種別	普通	当座	口座番号	1234567
(フリガナ) 口座名義人	(ムラヤマ ハナコ 村山 花子)			

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