

様式第3号（第6条関係）

内灘町予防接種費用償還払い申請書兼請求書

年 月 日

内灘町長 殿

住所
 申請者 氏名 ④
 被接種者との関係 本人・保護者（ ）

内灘町が実施する予防接種に係る接種費用の償還払いについて、下記のとおり申請します。
 なお、本申請の内容について、町が保有する個人情報を見直し、調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

1、被接種者

被接種者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日生 (歳 か月)
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（*申請者と同じ場合は□にレ点を付けてください） 〒		
	電話番号 (- -)		
償還払い理由	<input type="checkbox"/> 出産に伴う里帰り <input type="checkbox"/> 指定医療機関外にかかりつけ医がいるため <input type="checkbox"/> その他 ()		
接種医療機関等	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		

2、振込先

金融機関名		本・支店名	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人 (申請者と同一)	(フリガナ)		
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書及び明細書（予防接種の種類・金額の記載があるもの）※コピー不可 <input type="checkbox"/> 接種券（予診票）の原本 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> キャッシュカード又は通帳の写し（振込先確認用）		

*償還払いの申請は、接種日から1年以内に行ってください。

3、申請（請求）額

--

円

4、予防接種の種類

予防接種の種類		回数	接種日	受診者負担額	支給限度額	支給申請額
A 類 予 防 接 種	ロタウイルス	ロタリックス	1回目	月 日	円	円
			2回目	月 日	円	円
	ロタテック	1回目	月 日	円	円	
		2回目	月 日	円	円	
		3回目	月 日	円	円	
	Hib	1回目	月 日	円	円	
		2回目	月 日	円	円	
		3回目	月 日	円	円	
		追加	月 日	円	円	
	小児用肺炎球菌	1回目	月 日	円	円	
		2回目	月 日	円	円	
		3回目	月 日	円	円	
		追加	月 日	円	円	
	B型肝炎	1回目	月 日	円	円	
		2回目	月 日	円	円	
		3回目	月 日	円	円	
	五種混合	1回目	月 日	円	円	
		2回目	月 日	円	円	
		3回目	月 日	円	円	
		追加	月 日	円	円	
	三種混合	1回目	月 日	円	円	
		2回目	月 日	円	円	
		3回目	月 日	円	円	
		追加	月 日	円	円	
	二種混合	第二期	月 日	円	円	
	ポリオ	1回目	月 日	円	円	
		2回目	月 日	円	円	
		3回目	月 日	円	円	
追加		月 日	円	円		
BCG		月 日	円	円		
麻しん・風しん	第一期	月 日	円	円		
	第二期	月 日	円	円		
水痘	1回目	月 日	円	円		
	2回目	月 日	円	円		
日本脳炎	第一期	1回目	月 日	円	円	
	第二期	2回目	月 日	円	円	
		3回目	月 日	円	円	
	第二期	月 日	円	円		
子宮頸がん	1回目	月 日	円	円		
	2回目	月 日	円	円		
	3回目	月 日	円	円		
妊婦用RSウイルス		月 日	円	円		
B 類 予 防 接 種	高齢者肺炎球菌		月 日	円	円	
	带状疱疹	水痘ワクチン	月 日	円	円	
		不活化	1回目	月 日	円	円
		2回目	月 日	円	円	
	高齢者コロナ		月 日	円	円	
高齢者インフルエンザ	標準量	月 日	円	円		
	高用量	月 日	円	円		
合 計						円