

子供記入例

定期予防接種事業償還払申請書

消えるペンは使用できません

申請日 ○年○月○日

福島市保健所長

下記のとおり、定期予防接種助成の助成を申請します。

申請者は申請時点で接種を受けた本人が、成人(18歳以上)の場合には本人、未成年(18歳未満)の場合には保護者になります。

文字や日付などの軽微な誤りがあった場合に、こちらで訂正させていただくためのものです。(ゴム印以外)

申請者(保護者)が同じであれば、兄弟分、複数回分をまとめて申請ができます。

申請者	フリガナ	ケンコウ タロウ									
	氏名	健康太郎									
	現住所	〒960-8002 福島市森合町10-1									
	連絡先の電話番号	090-1234-5678									
接種対象者	No.	申請者との続柄	氏名	性別	生年月日 (年齢)	予防接種名 (申請する合計数)					
	①	子	健康花子	男(女)	R 2年10月10日 (0)歳	ロタ・B型肝炎・ヒブ 小児用肺炎球菌・四種混合 (9)回					
	②	子	健康太陽	男(女)	H 29年7月7日 (3)歳	日本脳炎 (3)回					
	③	子	健康福子	男(女)	H 26年5月5日 (5)歳	麻しん風しん (1)回					
	④			男(女)	年月日( )歳	( )回					
	住所	※申請者と異なる場合・転出の場合記載してください(市外に転出後は接種時住所) 〒960- 福島市									
振込み口座	金融機関名	金融機関番号	1	2	3	4	支店番号	5	6	7	普通 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	ケンコウ タロウ	
※申請者と名義人が異なる場合、委任状が必要です。											
※振込み通知書の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者現住所 <input type="checkbox"/> その他…以下に住所を記載してください 〒										
	(世帯主氏名 )										

(添付書類)

- 母子健康手帳(原本提示) 郵送の場合・出生届出済証明と予防接種の全ページの写し。
- 領収書・明細書または支払い証明書等(原本提示) 接種日と同日で、予防接種の種類と金額が明確であるもの。
- 振込先通帳の写し(表紙と口座情報のページ) ※申請者と口座名義人が異なる場合、委任状が必要です。
- 予診票(写し可)

(注意)

- 申請者は申請時点で接種を受けた本人が、成人(18歳以上)の場合には本人、未成年(18歳未満)の場合には保護者になります。
- 申請者(保護者)が同じであれば、兄弟分、複数回分をまとめて申請ができます。
- 訂正されるときは、訂正印(ゴム印不可)を押印してください。
- 黒ボールペンで記載してください。消えるペンは使用できません。

福島市保健所長

消えるペンは使用できません

下記のとおり、定期予防接種助成事業に係るワクチン接種費用の助成を申請します。

申請者	フリガナ	ケンコウ タロウ					●は、申請者と同じ氏名になります。					
	氏名	●健康太郎					文字や日付などの軽微な誤りがあった場合に、こちらで訂正させていただいたためのものです。(ゴム印以外)					
	現住所	〒960-8002 福島市森合町10-1										
	連絡先の電話番号	090-1234-5678										
接種対象者	No.	申請者との続柄	氏名	性別	生年月日 (年齢)	予防接種名 (申請する合計数)						
	①	本人	●健康太郎	男	S 30年1月1日 (65) 歳	高齢者インフルエンザ (1) 回						
	②			男女	年月日 ( ) 歳	( ) 回						
	③			男女	年月日 ( ) 歳	( ) 回						
	④			男女	年月日 ( ) 歳	( ) 回						
	住所	※申請者と異なる場合・転出の場合記載してください (市外に転出後は接種時住所) 〒960- 福島市										
振込み口座	金融機関名	金融機関番号 (コード)	1	2	3	4	支店番号	5	6	7	店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通
			○	△	銀行	○	△	支店	出張所	<input type="checkbox"/> 当座		
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 カタカナで記入	●ケンコウ タロウ		
※振込み 通知書の 送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者現住所 <input type="checkbox"/> その他…以下に住所を記載してください 〒											
	(世帯主氏名 )											

(添付書類)

- ① 高齢者の場合は予防接種済証(原本提示)
- ② 領収書・明細書または支払い証明書等(原本提示) 接種日と同日で、予防接種の種類と金額が明確であるもの。
- ③ 振込先通帳の写し(表紙と口座情報のページ) ※申請者と口座名義人が異なる場合、委任状が必要です。
- ④ 高齢者インフルエンザ・肺炎球菌で接種当日60歳~64歳の方は身体障害者手帳(原本提示)
- ⑤ 予診票(写し可)

(注意)

- ・高齢者インフルエンザ・肺炎球菌の場合の申請者は接種対象者と同じ方になります。
- ・訂正されるときは、訂正印(ゴム印以外)を押印してください。
- ・消えるペンは使用できません。