

(様式 1)

任意予防接種等助成事業償還払申請書

申請日 年 月 日

福島市長

下記のとおり、任意予防接種等助成事業に係る費用の助成を申請します。

|                                              |                                                                  |         |                                                          |     |                  |              |                                                                                  |  |  |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------|-----|------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 申請者                                          | フリガナ                                                             |         |                                                          |     | ※訂正印（ゴム印不可）<br>㊞ |              |                                                                                  |  |  |
|                                              | 氏 名                                                              |         |                                                          |     |                  |              |                                                                                  |  |  |
|                                              | 現 住 所                                                            |         | 〒                                                        |     |                  |              |                                                                                  |  |  |
|                                              | 連絡先の電話番号                                                         |         |                                                          |     |                  |              |                                                                                  |  |  |
| 接種対象者                                        | No.                                                              | 申請者との続柄 | 氏 名                                                      | 性別  | 生 年 月 日 （年 齢）    |              | 予防接種等名（申請する合計数）                                                                  |  |  |
|                                              | ①                                                                |         |                                                          | 男 女 | 年 月 日 （ ） 歳      |              | ( ) 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（市外に転出の場合は接種時住所）<br>〒960-<br>福島市 |     |                  |              |                                                                                  |  |  |
| 振込み口座<br>※申請者と<br>名義人が異なる<br>場合、委任状が<br>必要です | 金融機関名                                                            |         | 金融機関番号<br>(コード)                                          |     | 支店番号             |              | 店<br>支店<br>出張所<br><br><input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 |  |  |
|                                              |                                                                  |         |                                                          |     |                  |              |                                                                                  |  |  |
| 口座番号                                         |                                                                  |         |                                                          |     |                  | 口座名義<br>カタカナ |                                                                                  |  |  |
| 振込み<br>通知書の<br>送付先                           | <input 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<br>〒<br><br>(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。
  - ☐ 大人の場合は予防接種済証、大人の風しん抗体検査・予防接種の場合は抗体検査結果票（原本提示）
  - ☐ 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。
  - ☐ 実施済みの予診票（写し可）
  - ☐ 大人の風しん  
妊婦の配偶者・同居者の方は、妊娠している子の母子健康手帳表紙のコピーと、妊婦の風しん抗体価を確認できる書類のコピー

(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。
- ・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。