

## 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） Ⓢ				
	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）		予防接種名（申請する合計数）				
	①			男女	S・H・R 年 月 日（ ）歳		（ ）回				
	②			男女	S・H・R 年 月 日（ ）歳		（ ）回				
	③			男女	S・H・R 年 月 日（ ）歳		（ ）回				
	④			男女	S・H・R 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） 〒960- 福島市									
振込み口座 <small>※申請者と名義人が異なる場合、委任状が必要です</small>	金融機関名	金融機関番号（コード）					支店番号				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		銀行			金庫			組合			
口座番号								口座名義カタカナ			
振込み通知書の送付先	□申請者現住所										
	□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。  
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 妊婦の配偶者の方は母子手帳表紙のコピー

**(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。