

(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) Ⓜ					
	氏名											
	住民票上の住所	〒										
	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	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、または市外に転出している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 ※申請者と名義人が異なる場合、委任状が必要です	金融機関名	金融機関番号(コード)				支店番号				銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号						口座名義 カタカナ					
振込み通知書の送付先	□申請者の住民票上の住所 □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)

- 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。
- 実施済みの予防接種(写し可)
<子どもの予防接種の場合>
 - 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。
- <大人の予防接種等(妊娠関連)の場合>
 - 予防接種済証(原本提示)
 - 抗体検査結果票(原本提示)
 - 妊婦の母子健康手帳(表紙部分と風しん抗体検査結果の記載部分。写し可)
※大人の風しん対策助成事業で「抗体価の低い妊婦の配偶者・同居者」の場合
- 同居または同一住所であることが確認できるもの
※大人の風しん対策助成事業で「抗体価の低い妊婦の同居者」または「妊娠希望の女性の同居者」の場合

(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。
- 原本提示いただいた書類は確認済の押印をして返却します。