

(様式 1)

# 任意予防接種等助成事業償還払申請書

子ども記入例

消えるペン使用不可

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	ケンコウ タロウ						※訂正印 (ゴム印不可)	備 康	
	氏名	健康 太郎								
	住民票上の住所	〒960-8002 福島市森合町10-1						ゴム印以外で押印の上ご提出ください。		
	連絡先の電話番号	024-597-6203								
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 <u>女</u>	R6年10月 10日 (1)歳			おたふくかぜ (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、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 <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			店 支店 出張所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		1	2	3	4	5	6	7		
		○	△	銀行 金庫 組合	○	△	支店			
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 カタカナ	ケンコウ タロウ
振込み 通知書の 送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住民票上の住所 <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 )									
	申請者と名義人が異なる場合は委任状が必要です。									

### (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。

(様式 1)

# 任意予防接種等助成事業償還払申請書

大人の風しん抗体検査・予防接種記入例

**消えるペン使用不可**

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	ケンコウ タロウ						※訂正印 (ゴム印不可)					
	氏名	健康 太郎						<input checked="" type="checkbox"/> 備 <input type="checkbox"/> 康					
	住民票上の住所	〒960-8002 福島市森合町10-1						ゴム印以外で押印の上ご提出ください。					
	連絡先の電話番号	024-597-6203											
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	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	H5年12月 1日 (32) 歳			風しん抗体・麻しん 風しん混合ワクチン ( 2 ) 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 <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)	1	2	3	4	支店番号			5	6	7	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
			○	△		銀行 金庫 組合	○	△		支店 出張所			
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 カタカナ	ケンコウ タロウ			
振込み 通知書の 送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住民票上の住所 <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 )												
	申請者と名義人が異なる場合は委任状が必要です。												

### (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。