

予防接種費用償還払い申請書兼請求書
(定期予防接種用)

泉佐野市長 様

〒
申請者 住所

氏名 印 被接種者との続柄
()

電話

被接種者について、接種費用の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。
また、申請に係る審査に必要があるときは、被接種者が当市在住であることについて確認することを承諾します。
なお、償還払い金は下記の指定振込口座へ振り込み願います。

ふりがな			大正・昭和・西暦
被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日生 ()歳
被接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒598— 泉佐野市		
接種した医療機関	名称		
	所在地		
定期予防接種の種類(<input type="checkbox"/> にチェック)		接種日	接種費用(請求額)
<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ		年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン		年 月 日	円
<input type="checkbox"/> その他()		年 月 日	円
自己負担免除券又は生活保護受給証明書等の有無 (○を付け、有の場合は、必要書類を添付のこと)			有 ・ 無

指定振込口座	金融機関名	銀行・信金・農協		支店・支所
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
	口座名義	フリガナ		

*被接種者の口座でない場合は、委任状が必要です。

※健康推進課記入欄					
支給決定額	高齢者インフルエンザ	新型コロナワクチン	その他()	合計額	住民登録の有無
	円	円	円	円	有 ・ 無