

年 月 日

(宛先) 昭島市長

申請者住所

氏名

印

(被接種者との関係：)

予防接種費償還払申請書兼請求書

予防接種費の償還払いを受けたいので、昭島市予防接種費の償還払いに関する要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

なお、この申請に当たり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

1 被接種者

被接種者 氏 名		生年月日	
住 所			
電話番号			

2 接種した予防接種

予防接種 の種類	接種日	支払料金 (償還請求額)	予防接種 の種類	接種日	支払料金 (償還請求額)
	年 月 日	円		年 月 日	円
	年 月 日	円		年 月 日	円
	年 月 日	円		年 月 日	円
	年 月 日	円		年 月 日	円
償還請求額合計※					円

※償還額については予防接種に実際に要した費用と、市と昭島市医師会との間で当該年度に締結される予防接種委託契約に基づく予防接種の費用のいずれか少ない額を償還するものとする。

3 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
(フリガナ) 口座名義人	()			

4 関係書類

- (1) 接種した医療機関の領収書の原本 (接種した予防接種の種類が分かるもの)
- (2) 予防接種の記録が記載されているもの (母子健康手帳、予防接種済証等)
- (3) 予診票の原本又はその写し
- (4) その他市長が必要と認める書類