

新発田市予防接種費用払戻し申請書

令和 年 月 日

新発田市長 様

〒

申請者 住所

---

申請者名・続柄

---

電話番号

---

医療機関で受けた予防接種に係る費用、金 _____ 円について、請求します。			
被接種者名		回 数	_____ 回分 (詳細については裏面に記載)
同 意 書	予防接種に係る費用を請求するにあたり、審査に必要な事項(住民基本台帳、医療機関の支払い内訳内容等)について、関係部署等に確認することを同意します。  <p style="text-align: right;">申請者氏名: _____ ④ (自署)</p>		
振込指定機関		銀行・信金・労金 信組・農協・漁協 ゆうちょ銀行	本店  支店
金融機関コード		本支店コード	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
コウザメイギ(カタカナ)			
口座名義			
委任の場合記入 (口座名義が申請者 以外の場合)	予防接種に係る費用助成を受けるにあたり、上記の口座名義人に受領を委任します。  <p style="text-align: right;">申請者氏名: (自署)</p>		

- 注1 接種時に使用した予診票(原本)、領収書(原本)、診療明細書、振込先金融機関の通帳の写し(口座等の確認用)を添付してください。
- 注2 太枠欄は記入しないでください。
- 注3 確認が必要な場合は電話連絡しますので、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。
- 注4 窓口においでの場合は、判子をご持参ください。
- 注5 申請期限は、接種日から1年です。

請 求 額		円	決 定 額		円
申 請 受 理 日	令 和 年 月 日		決 定 日	令 和 年 月 日	

様式 2

予防接種費用払戻し申請にかかる接種状況

払戻し申請をされる予防接種について、医療機関発行の領収書を確認してご記入のうえ、領収書(診療明細書を含む)を添付してください。

申請者名(自署)	
被接種者	

予防接種名	接種実施日	接種医療機関名	接種費用	助成額
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
合計	回分		円	円

※太枠内は記入しないでください