

つくばみらい市任意予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
続 柄
電話番号

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり任意予防接種費用の助成金の交付を申請します。なお、本申請に当たり、被接種者の住民基本台帳を確認すること、及び医療機関に問い合わせることについて同意します。予防接種費用の助成金については、下記口座への振込みを希望します。

フリガナ		生年 月 日	年 月 日
被接種者氏名			
住 所	つくばみらい市		

接種医療機関	名 称				
	住 所				
接種ワクチン	接種年月日	接種に要した費用 (A)	助成上限額 (B)	(A) と (B) のい ずれか少ない方の金額 (C)	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
請求額 ((C) の合計額) ※生活保護世帯の方は(A)の合計額		円			

振込希望先

金融 機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店	金融機関 支店コード	金融機関				支店		
口座種別	0 1 普通 ・ 0 2 当座			口座番号						
フリガナ										
口座名義人										

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込口座番号を記入し、支店名は漢数字で記入してください。

《申請に必要なもの》

- ☐任意予防接種各接種額の支払いを証明できるもの（領収書原本等）
- ☐任意予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳等）
- ☐生活保護世帯の方は証明できる書類