

（奈良県外の医療機関で予防接種を受けられた方用）

※ 太わく欄のみ記入してください

定期予防接種償還払い申請書

定期予防接種に要した費用について、補助を受けたいので申請します。

※

令和●年 ●月 ●日			
氏 名 (予防接種を受けた人)	桜 井 花 子	生年 月 日	令和●年 ●月 ●日
住 所	桜井市 栗殿1000-1		
電話番号	(日中連絡のつく番号をご記入ください) — —		
接 種 日	予防接種名 (ロタ1回目) 令和●年 ●月 ●日 予防接種名 (B型肝炎1回目) 令和●年 ●月 ●日 予防接種名 (小児用肺炎球菌1回目) 令和●年 ●月 ●日 予防接種名 (5種混合1回目) 令和●年 ●月 ●日 予防接種名 () 年 月 日		
申 請 者 (口座名義人と同一)	氏 名 : 桜 井 太 郎 (続柄 : 父) 住 所 : 桜井市 栗殿1000-1 電話番号 : — —		

請 求 書

一金. 円也

上記のとおり請求します。

桜 井 市 長 様

令和●年 ●月 ●日

※

支 払 機 関 名				預 金 種 別				口 座 番 号							
●●支店				普通 ・ 当座				1	2	3	4	5	6	7	
●● 銀行 農協 信金				店 番				カナ (必ず記入)	サ	ク	ラ	イ	タ	ロ	ウ
1 1 1				口座名義人 (申請者と同一)				桜	井	太	郎				

奈良県外の医療機関で定期予防接種を受けられる方へ

下記の点にご留意ください。

- 1、 医療機関の窓口を持参するもの
 - ① 母子健康手帳
 - ② 桜井市発行の予防接種予診票 及び 予防接種依頼書
 - ③ 接種料金
- 2、 接種料金については、医療機関の窓口で、いったん実費を負担していただくことになります。
- 3、 ワクチン接種後、裏面の申請・請求書を記入し、下記の必要なものを持ってけんこう増進課(桜井市保健福祉センター 陽だまり)まで申請してください。

【申請時に必要なもの】

- ① ワクチン接種当日の領収書（コピーは不可。また、領収書の返還はできません）
- ② 裏面の申請書兼請求書
- ③ 印鑑（郵送の場合、申請書に押印を忘れないようにお願いします）
- ④ 母子健康手帳（郵送の場合、出生届出済証明と予防接種の記録のページのコピーを同封してください）
- ⑤ 予防接種予診票（市役所控）
- ⑥ 振込口座が確認できるもの（通帳またはキャッシュカード、郵送の場合はコピーを同封してください）

※ 口座名義人は 申請者と同一になります。

（申請者と異なる場合は委任状が必要です。）

※ 手続きの1～2か月後に指定の口座に振り込みます。接種料金が助成金額を超えている場合、差額は自己負担になります。

※ 申請期日は、接種日から翌年度の5月末までです。

桜井市けんこう増進課

（桜井市保健福祉センター「陽だまり」）

〒633-0062

桜井市大字栗殿 1000 番地の 1

TEL：0744-45-3443

FAX：0744-45-1785