

風しんワクチン等任意接種費用還付申請書兼請求書

令和 年 月 日

岸和田市長 様

住 所 岸和田市 町

申 請 者 氏 名

電話番号

被接種者との続柄

被接種者 氏 名 男・女

生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日生

岸和田市風しんワクチン等任意接種費用還付金の支給を受けたく、以下のとおり申請・請求します。ついては、接種にかかった費用及び内容などについて、市から医療機関へ問い合わせることに同意します。

ワクチン 種 類	接 種 日	医療機関名	接種費用 (実費額)	還付限度額	請求額	同日接種の 種類
麻しん 風しん混合	年 月 日		円	円	円	種類目
風しん						

※ 請求額は、接種費用（実費額）と還付限度額を比較し、いずれか少ない方の金額です。

風 し ん 抗 体 検 査 値					
H I 法 (16 倍以下)	E I A - I g G 価 (8.0 未満)	その他の抗体検査			
		検査方法		検査値	

下記の口座に振り込んでください。

振 込 先	金融機関名	銀行・信組 信金・農協	支店名	本店 ・ （ ）支店 ※ゆうちょ銀行の場合は、漢数字3桁を記入してください。					
	口座種別	普通・当座・その他（ ）	口座番号						
	(フリガナ) 口座名義人								

受領委任欄
受領を上記の口座名義人に委任します。 申請者

※ 振込先は申請者名義の金融機関の口座をご記入ください。振込先名義が異なる場合は、必ず上記受領委任欄に記入ください。

※ 領収書(原本)、通帳、風しんワクチン等接種済証、風しん抗体検査の結果を証明する書類を必ずお持ちください。

事 務 処 理 欄	添付 書類	☐ 領収書 ☐ 通帳 ☐ 接種済証 ☐ 母子健康手帳	確認日	年 月 日	確認方法	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証 ☐ パスポート ☐ 運転経歴証明書 ☐ 郵送 ☐ その他（ ）
			確認者			

支給決定日	令和 年 月 日
支給決定額	円