

風しんワクチン等任意接種費用還付申請書兼請

記入例

令和 年 月 日

岸和田市長様

申請者の氏名等をご記入ください。

被接種者の氏名等をご記入ください。

住 所 岸和田市 町

記入した日

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

いずれかに○印をつけてください。

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、接種にかかる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。

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	年 月 日		円	円	円	種類目
風しん混合						
風しん						

* 請求額は、接種

風しん抗体検査値をご記入ください。

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。

振込先は、申請者名義の金融機関の口座をご記入ください。
申請者名義以外の振込先を希望される場合は、下記の受領委任欄も記入してください。(例：申請者の配偶者の口座など)

振 込 先	金融機関名			※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 ()	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