

第 3 号様式（第 7 条関係）

予防接種費償還払い交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）阿久根市長

申請者（保護者）

住 所 〒

氏 名

接種対象者との続柄【 】

電話番号

予防接種費の償還払いについて、阿久根市予防接種費の償還払いに関する要綱第 6 条の規定により、関係書類（裏面記載）を添えて、次のとおり申請します。（太枠内を記入してください。）

予防接種を受けた者	住所 阿久根市 氏名 生年月日 年 月 日			
予防接種の種類	接種年月日	接種費用 （自己負担分）		償還払い決定額 ※こども保健課記入欄
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義
銀行	本店	普通 当座		フリガナ
金庫	支店			
農協	出張所			
（口座名義が申請者と異なる場合） 上記、接種費用に係る償還払いの受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住 所 氏 名 接種者対象者との続柄【 】 印				

関係書類

☐ 予防接種の種類及び接種日のわかる予防接種費用の領収書

（レシートは不可）

☐ 予防接種の記録が記載されているもの

（母子健康手帳の写し又は予防接種済証）

☐ 予診票の原本又は写し

☐ 通帳の写し

（銀行名・支店名・種別・口座番号・口座名義のページ）

注意事項

- 1 償還額は、接種費用又は阿久根市が出水郡医師会と接種日の属する年度に委託契約を締結した委託料と本市が物品売買契約を締結したワクチン単価の額を合算した額のいずれか低い方の額を限度とし、本市が決定した額となります。
- 2 償還払いの申請は、接種日から1年以内に申請してください。