

様式第1号（第9条関係）

定期接種費用給付申請書兼請求書

令和 年 月 日

七戸町長 様

申請者 住所: _____

氏名: _____

被接種者との続柄()

電話番号: _____

次のとおり、定期接種(B類疾病)にかかる費用の償還払いについて、関係書類を添えて申請し請求します。

被接種者	住所	七戸町字			生年月日	T・S 年 月 日生
	氏名					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	種別	普通・当座	
	フリガナ					
	口座名義					
定期接種の種類		上限額 (A)	支払額から自己負担額を差し引いた額 (B)	(A)と(B)を比較し、いずれか少ない額		
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌ワクチン		8,762円	円	円		
<input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザワクチン		2,740円	円	円		
<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン		13,300円	円	円		
右の金額の償還払について申請します。				合計	円	

※被接種者が生活保護受給者である場合、季節性インフルエンザワクチンの上限額(A)は3,740円へ新型コロナワクチンの上限額(A)は15,300円へと読み替えます。

添付資料

- 医療機関等の名称等が記載されている領収書
- 予防接種済証またはそれに代わるもの
(ワクチンロット番号が記載されたシールは必ず確認)
- 被接種者名義の預貯金通帳の写し
(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できるもの)

令和 年 月 日 検収 保健福祉課
