

係)

龍ヶ崎市長 様

氏 名 龍ヶ崎 辰子

被接種者との関係 母

電話番号 090-0000-0000

(日中連絡が取れるもの)

申請者・請求者氏名は
口座名義人と同一で

必ず押印

1 任意予防接種助成費償還払申請に係る事務を行うに当たり、世帯の状況等を調査することについて

2 請求者と口座名を委任します。

接種日にご注意！ 下記以外での接種は対象外です。

対象期間:令和7年4月1日～令和8年3月31日

の権限

※ 接種を受けた方が複数いる場合は、同一世帯の家族に限り申請です。

被接種者(接種を受けた者) 氏名・生年月日 接種日時点の年齢	任意予防接種の種類	接種回数 接 種 日	※公費助成額 (※市で記載します)
龍ヶ崎 太郎 令和○年○月○日生 (満○○歳)	☒ おたふくかぜ ☐ 小児インフルエンザ ☐ 男性HPV ☐ 4価(ガーダシル) ☐ 9価(シルガード9) ☐ 带状疱疹 ☐ 組換え(シングリックス) ☐ 生(ビケン)	☒ 1回目 令和○年○○月○○日	金額の記載は不要
		☐ 2回目 年 月 日	
		☐ 3回目 年 月 日	
龍ヶ崎 花子 平成○年○月○日生 (満○○歳)	☐ おたふくかぜ ☒ 小児インフルエンザ ☐ 男性HPV ☐ 4価(ガーダシル) ☐ 9価(シルガード9) ☐ 带状疱疹 ☐ 組換え(シングリックス) ☐ 生(ビケン)	☒ 1回目 令和○年○○月○○日	金額の記載は不要
		☒ 2回目 令和○年○○月○○日	
		☐ 3回目 年 月 日	

(裏面に続く)

被接種者(接種を受けた者) 氏名・生年月日 接種日時点の年齢	任意予防接種の種類	接種回数 接種日	※公費助成額 (※市で記載します)
年 月 日生 (満 歳)	☐ おたふくかぜ ☐ 小児インフルエンザ ☐ 男性HPV ☐ 4価(ガーダシル) ☐ 9価(シルガード9) ☐ 带状疱疹 ☐ 組換え(シングリックス) ☐ 生(ビケン)	☐ 1回目 年 月 日	金額の記載は不要
		☐ 2回目 年 月 日	
		☐ 3回目 年 月 日	
年 月 日生 (満 歳)	☐ おたふくかぜ ☐ 小児インフルエンザ ☐ 男性HPV ☐ 4価(ガーダシル) ☐ 9価(シルガード9) ☐ 带状疱疹 ☐ 組換え(シングリックス) ☐ 生(ビケン)	☐ 1回目 年 月 日	金額の記載は不要
		☐ 2回目 年 月 日	
		☐ 3回目 年 月 日	
※合計請求金額 (※市で記載します)			金額の記載は不要

振込先

金融機関名	○ ○ 銀行 ○ ○ 本店 金庫 支店 出張所							
口座種別・番号	普通 当座	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ 口座名義人	リュウガサキ タツコ 龍 ケ 崎 辰 子							

口座名義人は
申請者・請求者と同一で

- ☐ 申請者・請求者氏名と口座名義人は、同一にしてください。
- ☐ 金額欄は市で記載します。空欄のままご提出ください。
- ☐ 金額以外の部分を訂正する際は、必ず訂正印の押印をお願いします(二重線のみでの訂正や塗りつぶしは不可)。訂正印は、請求印と同一の印で押印してください。
- ☐ 添付する領収書には、「〇〇予防接種料」のように、何の予防接種を受けたのかわかる記載があるかご確認ください。
- ☐ ゆうちょ銀行を振込の受取口座として利用される方は、通帳をめくった最初の頁の下段(⇨右参照)に振込用の店名(支店)・預金種目・口座番号が記入されていますので、この内容を振込先にご記入ください。

