## 記入例 係)

## 令和〇〇年〇〇月〇〇日

麝

必 ず

押 印

D権限

龍ケ崎市長 様

申請者·請求者 住 所龍ケ崎市〇〇町〇〇番地

申請者・請求者氏名は

口座名義人と同一で

名 龍ケ崎 辰子

被接種者との関係 母

電話番号 090-0000-000

(日中連絡が取れるもの)

龍ケ崎市任意予防接種助成費償還払申請書兼請求書

龍ケ崎市任意予防接種事業実施要綱第11条の規定による公費助成額の償還払 ついて、次の事項に同意の上、下記のとおり申請し、及び請求します。

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

※ 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しょす。

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	接種回数 任意予防接種の種類 接種日				※公費助成額 (※市で記載します)			
龍ケ崎 太郎 令和〇年〇月〇日生 (満〇〇歳)	<ul><li>✓ おたふくかぜ</li><li>□ 小児インフルエンザ</li><li>□ 男性HPV</li></ul>	✓ 1回目 令和○年○○月○○日				円		
	□ 4価(ガーダシル) □ 9価(シルガード9)	□ 2回目 年	月	日				
	<ul><li>□ 帯状疱疹</li><li>□ 組換え(シングリックス)</li><li>□ 生(ビケン)</li></ul>	□ 3回目	月	日		金額の		
龍ケ崎 花子	<ul><li>□ おたふくかぜ</li><li>✓ 小児インフルエンザ</li><li>□ 男性HPV</li></ul>	<ul><li>✓ 1回目</li><li>令和○年○○月○○日</li></ul>				記載は 不要 )		
平成○年○月○日生	□ 4価(ガーダシル) □ 9価(シルガード9) □ 帯状疱疹		OO月C	00日				
(満○○歳)	□ 組換え(シングリックス) □ 生(ビケン)	□ 3回目 年	月	日		円		

(裏面に続く)

被接種者(接種を受 氏名・生年月) 接種日時点の年	3	任意予防	方接種の種類		接種[ 接 種				<b>貴助成額</b> 記載します)
		<ul><li>□ おたふ</li><li>□ 小児イン</li><li>□ 男性HP</li></ul>	ノフルエンザ		1回目	月	日		円
年月	日生	□ 4価(5	ガーダシル) シルガード9)		2回目	月	日		
	歳)		え(シングリックス)	_ ;	3回目	月	日		額の
		<ul><li>□ おたふ</li><li>□ 小児イン</li><li>□ 男性HP</li></ul>	ノフルエンザ		1回目 年	月	日		不要
	- 4	□ 4価(5 □ 9価(5	ガーダシル) シルガード9)		2回目 年	月	日		
年 月 【満 : 満	日生 歳)	<ul><li>□ 帯状疱疹</li><li>□ 組換え</li><li>□ 生(ビク)</li></ul>	え(シングリックス)		3回目	月	日		円
振込先			計ま求金額で記載します)		金額	領の記	載は	不要	円
金融機関名			銀行 金庫 組合		$\bigcirc$	$\bigcirc$	ı	支	店店店
口座種別・番号	普通当區	1	2	3	4	5		6	7
フリガナ	リュウ	<b>ッガサキ</b>	タツコ		]座名義	人は			
口座名義人	龍	ケ崎	辰子 <	E	申請者	·請	求者	と同	ーで
□ 申請者・請求者氏	名と口座	至名義人は、同	引一にしてくださ	ر۱ <sub>°</sub>					

- □ 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、「○○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。