

龍ヶ崎市長 様

申請者・請求者 住 所
氏 名
被接種者との関係
電 話 番 号
(日中連絡が取れるもの)

印

龍ヶ崎市任意予防接種助成費償還払申請書兼請求書

龍ヶ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いについて、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承諾します。
- 2 請求者と口座名義人がやむを得ず違う場合は、下記口座名義人に代金受領の権限を委任します。

※ 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きます。

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)
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	円
		☐ 2回目 年 月 日	円
		☐ 3回目 年 月 日	円
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	円
		☐ 2回目 年 月 日	円
		☐ 3回目 年 月 日	円

(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	円
		☐ 2回目 年 月 日	円
		☐ 3回目 年 月 日	円
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	円
		☐ 2回目 年 月 日	円
		☐ 3回目 年 月 日	円
※合計請求金額 (※市で記載します)		円	

振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合							本店 支店 出張所
口座種別・番号	普通 当座							
フリガナ 口座名義人								

<注意事項>

- 1 振込口座は、一世帯につき、一代表口座とします。
- 2 予防接種を受けた日の属する年度の3月末日までに医療対策課に申請してください。
- 3 この申請書兼請求書に記載された個人情報については、この目的以外には使用しません。