\boldsymbol{H}	-

龍ケ崎市長 様

申請者・請求者 住 所 氏 名 印 被接種者との関係 電話番号 (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	 任意予防接種の種類	接種			※公費助成額
接種日時点の年齢		接種日			(※市で記載します)
	□ おたふくかぜ	□ 1回目			
	□ 小児インフルエンザ	年	月	日	円
	□ 男性HPV				-
	□ 4価(ガーダシル)	□ 2回目			
	□ 9価(シルガード9)	年	月	日	円
年 月 日生	□ 帯状疱疹	□ 3回目			
(満 歳)	□ 組換え(シングリックス)				
	口 生(ビケン)	年	月	日	円
	□ おたふくかぜ	□ 1回目			
	□ 小児インフルエンザ	年	月	日	円
	□ 男性HPV	•			
	□ 4価(ガーダシル)	□ 2回目			
	□ 9価(シルガード9)	年	月	日	円
年 月 日生	□ 帯状疱疹				
(満 歳)	□ 組換え(シングリックス)	□ 3回目			
	口 生(ビケン)	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		恒数 種 日		※公費助成額 (※市で記載します)
	□ おたふくかぜ □ 小児インフルエンザ □ 男性HPV	□ 1回目 年	月	日	円
<i>T</i>	□ 4価(ガーダシル) □ 9価(シルガード9)	□ 2回目 年	月	日	円
年 月 日生 (満 歳)	□ 帯状疱疹□ 組換え(シングリックス)□ 生(ビケン)	□ 3回目 年	月	В	円
	□ おたふくかぜ □ 小児インフルエンザ	□ 1回目 年	月	П	円
	□ 男性HPV □ 4価(ガーダシル) □ 9価(シルガード9)	□ 2回目	月	日	円
年 月 日生 (満 歳)	□ 帯状疱疹□ 組換え(シングリックス)□ 生(ビケン)	□ 3回目	月	В	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				

<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。