　様式第４号（第１１条関係）

令和　　　年　 　月　　日

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  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)  □ 帯状疱疹  □ 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)  □ 帯状疱疹  □ 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)  □ 帯状疱疹  □ 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)  □ 帯状疱疹  □ 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 本店  金庫 支店  組合 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。