

記入例

様式第4号（第11条関係）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

龍ヶ崎市長 様

必ず押印

申請者・請求者氏名は
口座名義人と同一で

申請者・請求者 住 所 龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地

氏 名 龍ヶ崎 花子

被接種者との関係 本人/妻

電 話 番 号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

（日中連絡が取れるもの）

龍ヶ崎

龍ヶ崎市B類疾病予防接種費用償還払申請書兼請求書

龍ヶ崎市B類疾病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 B類疾病予防接種費用償還払申請に係る事務を行うに当たり、世帯の状況
接種日にご注意！ 下記以外での接種は対象外です。

インフルエンザ助成対象期間：令和7年4月1日～令和8年1月31日

金受

※ 接種を受けた方が複数いる場合は、同一世帯の家から申請できます。

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	B類疾病予防接種の種類	接 種 日	※公費助成額 （※市で記載します）
龍ヶ崎 花子 昭和〇年〇月〇日生 （満〇〇歳）	☒ 高齢インフルエンザ	令和〇年〇月〇日	円
	☐ 成人用肺炎球菌	年 月 日	円
	☐ 新型コロナ	年 月 日	円
	☐ 带状疱疹 ☐ 組換え(シングリックス) ☐ 生(ビケン)	☐ 1回目 年 月 日 ☐ 2回目 年 月 日	円

金額は記載不要

（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	B類疾病予防接種の種類	接種日	※公費助成額 (※市で記載します)
龍ヶ崎 太郎 昭和〇年〇月〇日生 (満〇〇歳)	☒ 高齢インフルエンザ	令和〇年〇月〇日	円
	☐ 成人用肺炎球菌	年 月 日	円
	☐ 新型コロナ	年 月 日	円
	☐ 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
※合計請求金額 (※市で記載します)		円	

金額は記載不要

金額は記載不要

振込先

金融機関名	〇 〇 銀行・金庫 〇 〇 本店							
口座種別・番号	普通 当座	7	6	5	4	3	2	1 支店
フリガナ 口座名義人	リュウガサキ ハナコ 龍ヶ崎 花子							

口座名義人は
申請者・請求者と同一で

<注意事項>

- ☐ 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。

