

年 月 日

龍ヶ崎市長 殿

〒

申請者・請求者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

被接種者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(日中連絡が取れる所)

龍ヶ崎市成人用肺炎球菌予防接種償還払申請書兼請求書

成人用肺炎球菌予防接種における償還払いについて、龍ヶ崎市成人用肺炎球菌予防接種実施要綱第12条第1項の規定により下記のとおり申請し、及び請求します。

記

※接種された方が複数いる場合は、同一世帯の家族に限ります。

成人用肺炎球菌予防接種をした方の氏名 (年齢)	接 種 日	公費負担額
( 歳)	年 月 日	円
( 歳)	年 月 日	円
( 歳)	年 月 日	円
( 歳)	年 月 日	円
( 歳)	年 月 日	円
請求金額	一金 円	
成人用肺炎球菌予防接種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。		
		氏名 _____ 印

金融機関名	銀行 本店(店番 ) 金庫 支店(店番 ) 組合								
口座種別・番号	普通 当座	口座番号							
(フリガナ) 口座名義人									

<注意事項>

- 振込口座は、1世帯につき、1代表口座とします。
- 予防接種日の属する年度の3月末日までに医療対策課に申請してください。  
※処理欄は記入しないでください。

処理欄	決定年月日 年 月 日 支給決定額 円
-----	------------------------