

龍ヶ崎市長 殿

記入例

〒〇〇〇-〇〇〇〇

申請者・請求者 住所 龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地

氏名 龍崎 太郎

被接種者との関係 本人

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(日中連絡が取れる所)

申請者・請求者氏名は
口座名義人と同一

龍印

押印してください
(スタンプ印不可)

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
条第1項の規定により下記のとおり申

接種日の年齢にご注意願います

接種日時点で65歳 ※

上記以外の接種は対象外となります

(※60歳~64歳で対象となる方を除く)

※接種された方が複数いる場合は、

成人用肺炎球菌予防接種をした

成人用肺炎球菌予防接種をした		公費負担額
(年齢)	接種日	
龍崎 太郎 (〇〇歳)	令和〇年〇〇月〇〇日	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 <input type="text"/> 円	

金額欄は
市で記載します
記入不要

押印してください(スタンプ印不可)

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
て承諾します。

氏名 龍崎 太郎

龍印

金融機関名	〇〇〇	銀行 金庫 組合	本店(店番 〇〇〇)	支店(店番 〇〇〇)					
口座種別・番号	普通 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ) 口座名義人	リュウザキ 龍崎	タロウ 太郎							

口座名義人は
申請者・請求者と同一で
お願いします。

<注意事項>

- 金額欄は市で記載しますので、空欄のままご提出ください(金額欄の訂正ができないため)。
- 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等は不可)。訂正印は、請求印と同一の印をお願いします。
- 領収書には、「肺炎球菌予防接種料」など、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。