

# 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 住 所 龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地

氏 名 龍ヶ崎 花子



申請者・請求者氏名は  
口座名義人と同一で  
お願いします

被接種者との関係 母

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(日中連絡が取れるもの)

## 龍ヶ崎市任意予防接種助成費償還払申請書兼請求書

龍ヶ崎市任意予防接種の実施に関する要綱第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

接種日にご注意願います  
対象期間:令和6年10月1日～令和7年1月31日  
上記以外での接種は対象外となります

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)
<p style="color: red; font-weight: bold;">龍ヶ崎 一郎</p> <p>平成23年10月1日生 (満13歳)</p>	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input checked="" type="checkbox"/> 小児インフルエンザ <input type="checkbox"/> 男性HPV(4価) <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 不活化(シングリックス) <input type="checkbox"/> 生(ビケン)	<input type="checkbox"/> 1回目 令和〇年 〇月 〇日	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; color: blue; font-weight: bold;">金額は記載不要</div>
		<input type="checkbox"/> 2回目 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 3回目 年 月 日	
<p style="color: red; font-weight: bold;">龍ヶ崎 次郎</p> <p>平成24年10月1日生 (満12歳)</p>	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input checked="" type="checkbox"/> 小児インフルエンザ <input type="checkbox"/> 男性HPV(4価) <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 不活化(シングリックス) <input type="checkbox"/> 生(ビケン)	<input type="checkbox"/> 1回目 令和〇年 〇月 〇日	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; color: blue; font-weight: bold;">金額は記載不要</div>
		<input type="checkbox"/> 2回目 令和〇年 〇月 〇日	
		<input type="checkbox"/> 3回目 年 月 日	

(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)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1回目 年 月 日	金額は記載不要 円
	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 2回目 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男性HPV(4価) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 不活化(シングリックス) <input type="checkbox"/> 生(ビケン)	<input type="checkbox"/> 3回目 年 月 日	
年 月 日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1回目 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 2回目 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男性HPV(4価) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 不活化(シングリックス) <input type="checkbox"/> 生(ビケン)	<input type="checkbox"/> 3回目 年 月 日	
※合計請求金額 (※市で記載します)		金額は記載不要	円

振込先

金融機関名	〇〇 <b>銀行</b> 金庫 組合							〇〇 本店 <b>支店</b>
口座種別・番号	<b>普通</b> 当座	1	2	3	4	5	6	7
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  
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ません。)
- 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、請求印と同一の印をお願いします。
- 領収書には、「〇〇〇〇予防接種料」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。