

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。

- 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、世帯の状況等を調査する
- 請求者と口頭領の権限を委

接種日にご注意！ 下記以外での接種は対象外です。
対象期間:令和8年4月1日～令和9年3月31日

※ 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	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)	<input type="checkbox"/> 高齢インフルエンザ	年 月 日	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌	令和〇年〇月〇日	円
	<input type="checkbox"/> 新型コロナ	年 月 日	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹 <input checked="" type="checkbox"/> 組換え(シングリックス) <input type="checkbox"/> 生(ピケン)	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 令和〇年〇月〇日 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 令和〇年〇月〇日	円 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢インフルエンザ	令和〇年〇月〇日	円	
	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌	年 月 日	円	
	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナ	令和〇年〇月〇日	円	
	<input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 組換え (シングリックス) <input type="checkbox"/> 生 (ビケン)	<input type="checkbox"/> 1回目	年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日	円
※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	銀行・金庫 組合	〇 〇	本店 支店				
口座種別・番号	普通 当座	7	6	5	4	3	2	1
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。

