

# 記入例

(係)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

龍ヶ崎市長 様

申請者・請求者 住 所 龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地

氏 名 龍ヶ崎 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

(日中連絡が取れるもの)

申請者・請求者氏名は

口座名義人と同一で

龍ヶ崎

必ず押印

## 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事業実施要綱第11条の規定による公費助成額の償還払について、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。

- 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
- 請求者と口座名義人を委任します。

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)
龍ヶ崎 太郎  昭和〇年〇月〇日生 (満〇〇歳)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ <input type="checkbox"/> 男性HPV <input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル) <input type="checkbox"/> 9価(シルガード9) <input checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 組換え(シングリックス) <input checked="" type="checkbox"/> 生(ビケン)	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 令和〇年〇〇月〇〇日	円
		<input type="checkbox"/> 2回目 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 3回目 年 月 日	円
龍ヶ崎 花子  昭和〇年〇月〇日生 (満〇〇歳)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ <input type="checkbox"/> 男性HPV <input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル) <input type="checkbox"/> 9価(シルガード9) <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(ビケン)	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 令和〇年〇〇月〇〇日	円
		<input checked="" type="checkbox"/> 2回目 令和〇年〇〇月〇〇日	円
		<input type="checkbox"/> 3回目 年 月 日	円

金額の記載は不要

(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	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	金額の記載は不要
	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男性HPV	<input type="checkbox"/> 2回目	
年 月 日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル)	年 月 日	金額の記載は不要
	<input type="checkbox"/> 9価(シルガード9)	<input type="checkbox"/> 3回目	
	<input type="checkbox"/> 带状疱疹	年 月 日	
年 月 日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 組換え(シングリックス)	<input type="checkbox"/> 1回目	金額の記載は不要
	<input type="checkbox"/> 生(ビケン)	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 2回目	
年 月 日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男性HPV	年 月 日	金額の記載は不要
	<input type="checkbox"/> 4価(ガーダシル)	<input type="checkbox"/> 3回目	
	<input type="checkbox"/> 9価(シルガード9)	年 月 日	
※合計請求金額 (※市で記載します)		金額の記載は不要	円

振込先

金融機関名	○ ○ 銀行	○ ○ 本店
	金庫	支店
	組合	出張所
口座種別・番号	普通 当座	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ 口座名義人	リュウガサキ タロウ 龍ヶ崎 太郎	口座名義人は 申請者・請求者と同一で

- 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。

