年　　月　　日

　　龍ケ崎市長　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)

龍ケ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、龍ケ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＞

1　振込口座は、1世帯につき、1代表口座とします。

2　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 |