

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。

- 1 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
 - 2 請求者と口座名義人の同一性を確認する
- 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7年4月1日～令和8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)	☐ 高齢インフルエンザ	年 月 日	円
	☒ 成人用肺炎球菌	令和〇年〇月 〇日	円
	☐ 新型コロナ	年 月 日	円
	☒ 带状疱疹 ☒ 組換え(シングリックス) ☐ 生(ビケン)	☒ 1回目 令和〇年〇月〇日 ☒ 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)	☒ 高齢インフルエンザ	令和〇年〇月 〇日	金額は記載不要
	☐ 成人用肺炎球菌	年 月 日	
	☒ 新型コロナ	令和〇年〇月 〇日	
	☐ 带状疱疹 ☐ 組換え (シングリックス) ☐ 生 (ビケン)	☐ 1回目 年 月 日	
		☐ 2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	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。