

年 月 日

予防接種再接種報告書兼費用助成金交付請求書

奥州市長 宛

申請者	住 所			
	氏 名			
	電話番号		被接種者との続柄	

予防接種再接種費用助成決定を受けた予防接種を実施しましたので、奥州市特別の理由による予防接種の再接種助成金交付要綱第8条に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり提出します。なお、助成金は下記振込先へ振込みを依頼します。また、奥州市が接種した医療機関等に対して予防接種の内容や費用等について照会すること及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

記

1 被接種者

ふりがな		男 女	生年月日
氏 名			年 月 日
住 所	□上記申請者住所と同じ		

2 請求金額

金額									円
----	--	--	--	--	--	--	--	--	---

※ 裏面で計算した合計金額を記入

3 振込先

金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	口座名義
銀行 金庫 農協	本店 支店	普通 当座		フリガナ
※ 申請者以外の口座に振込みを希望する場合のみ記入してください。 上記請求金額の受領に関することを次の者に委任します。 委任を受ける方（口座名義人）住所 _____ 氏名 _____ 委任する方（申請者） _____ 氏名 _____ 印 _____				

【添付書類】

- ・接種した医療機関の領収書と明細書の写し（被接種者の氏名、接種日、接種料金、予防接種の種類及び接種医療機関が分かるもの）
- ・再接種をしたことが分かるもの（母子健康手帳、予診票の写し等）

【注意事項】

- ・請求は、接種日から1年以内に行ってください。

<裏面も記入してください。>

様式第3号（第8条関係）裏面

予防接種の種類と回数		接種年月日	接種料金 ①	助成上限額 ②	助成額 ① か②のいずれか低い方
五種混合	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
四種混合	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
二種混合		年 月 日	円	円	円
麻しん風しん混合	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
麻しん（単独）	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
風しん（単独）	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
日本脳炎	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
ヒブ感染症	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
小児の肺炎球菌感染症	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
ヒトパピローマウイルス感染症	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
水痘	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
B型肝炎	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
合計金額					円