

年 月 日

下松市長 様

申請者（被接種者又は保護者）

住所

氏名

連絡先（ ） -

下松市予防接種費用償還払い請求書

下松市予防接種費用償還払い実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 被接種者

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			

2 予防接種の明細（太枠内を記入してください。）

予防接種の種類	接種日	支払額 (a)	※下松市記入欄			
			被接種者 負担額 (b)	基準額 (c)=(a)-(b)	限度額 (d)	決定額 (c)と(d)の いずれか 低い額
		円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円
					合 計	円

接種医療機関	
--------	--

### 3 振込先

振込先口座	金融機関名	銀行							本店
		信用金庫							支店
	農協							支所	
	金融機関コード					支店番号			
	預金種別	普通・当座		口座番号					
フリガナ									
口座名義人									

### 4 受領委任欄

※申請者以外の名義の口座に振り込みを希望の場合は、次の委任状を記入してください。

委 任 状	
私は、受任者に償還払いの受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	
委任者（申請者）	受任者（口座名義人）
住所	住所
氏名	氏名

### 5 添付書類

(1) 医療機関が発行する領収書の原本

※領収書に予防接種の種類と費用の内訳が記載されていない場合は、これらが記載された書類（診療明細書等）を添付してください。

(2) 接種済みの予診票の原本

(3) 振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かるもの（通帳の写しやキャッシュカードの写しなど）

(4) その他（必要に応じ市が指定するもの）

### ※下松市記入欄

受付年月日	年 月 日	交付決定額	円
-------	-------	-------	---