

守谷市予防接種費用公費負担申請書兼請求書

守谷市長

宛て

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電話番号

㊞

次のとおり、予防接種費用の公費負担を請求します。なお、本申請にあたり、公費負担の決定に必要な範囲内において、市が保有する被接種者及び保護者に関する情報を照会すること、予防接種を受けた事実等を医療機関に照会することに同意します。

被 接 種 者	フリガナ			生年	年 月 日		
	氏 名			月日			
	住 所	守谷市					
予防接種・診察の種類		予防接種実施日		医療機関名			公費負担 請求額
		年 月 日					円
		年 月 日					円
		年 月 日					円
		年 月 日					円
		年 月 日					円
		年 月 日					円
		年 月 日					円
請 求 額 合 計						円	
振 込 金 融 機 関	金 融 機 関 名	銀行 信金 信組 農協			支店名		支 店 出 張 所 店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 他()	口座番号				
	口座 名義	フリガナ					

※申請は予防接種を受けた日の属する年度の末日(3月31日)までに行ってください。
※診察の公費負担は新型インフルエンザのみ

本 票
審 査 者

添付書類

- 1 予防接種・診察に要した費用の領収書
- 2 予防接種・診察を受けたことを証する書類
- 3 その他市長が必要と認める書類(市町村民税非課税証明書)※新型インフルエンザのみ

--

守谷市予防接種費用公費負担申請書兼請求書 (記入例)

守谷市長 宛て

令和2年 3月 29日

申請は各年度末(3月31日まで)
申請者は窓口に来た人の名前

申請者 住所 守谷市本町 631-1
氏名 保健 娘子 ㊦
電話番号 0297-48-6000

次のとおり、予防接種費用の公費負担を請求します。なお、本申請にあたり、公費負担の決定に必要な範囲内において、市が保有する被接種者及び保護者に関する情報を照会すること、予防接種を受けた事実等を医療機関に照会することに同意します。

被接種者	フリガナ	ホケン センタロウ		生年月日	昭和元年10月1日							
	氏名	保健 千太郎										
	住所	守谷市 本町 631-1										
予防接種・診察の種類		予防接種実施日		医療機関名			公費負担請求額					
高齢者肺炎球菌		令和元年12月10日		守谷保健病院			円					
		年 月 日					円					
受けた予防接種についてそれぞれ記入		日					円					
		年 月 日					円					
		年 月 日					円					
		年 月 日					円					
		年 月 日					円					
		年 月 日					円					
請求額合計							円					
振込金融機関	金融機関名	あいうえお 銀行 信金 信組 農協		支店名			かきくけこ 支店 出張所 店					
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 他()		口座番号		1	2	3	4	5	6	7
	口座名義	フリガナ ホケン コタロウ 保健 子太郎										

※訂正印が押せないため金額は要確認
金額は保健センター窓口にて記入

※申請は予防接種を受けた日(令和2年度末(3月31日)までに行ってください。
※診察の公費負担は新型コロナウイルス感染症のみ

口座は被接種者・家族(申請者)のものをご記入ください

- 添付書類
- 1 予防接種・診察に要した費用の領収書
 - 2 予防接種・診察を受けたことを証する書類
 - 3 その他市長が必要と認める書類(市町村民税非課税証明書)※新型コロナウイルス感染症のみ

本票
審査者