

様式第4号(第9条の2関係)

予防接種料金給付申請書兼請求書

年 月 日

赤磐市長 様

申請者 住所
(請求者) 氏名
電話

被接種者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	赤磐市		
接種医療機関		名 称		
		所在地		

【 内 訳 】 ※太枠内には記入しないでください。

※申請（請求）額は市と委託医療機関等との契約単価が上限額となります。

ワクチンの種類 (該当の番号に○)	接種日	支出金額 (A)	徴収額 (B)	申請(請求)額 (A-B)
1 高齢者インフルエンザ	年 月 日	円	円	円
2 高齢者肺炎球菌	年 月 日	円	円	円
3 新型コロナウイルス感染症	年 月 日	円	円	円
4 带状疱疹	年 月 日	円	円	円
合計金額		円		円

【 振込先 】 ※振込先の口座名義人は申請者と同一氏名をご記入ください。

金融機関名	銀行・農協 金庫		本店・支店 支所・出張所				
預金種別	普 通 当 座	口座番号					
フリガナ							
口座名義人							

【 添付書類 】 申請時には、振込先の情報が確認できる書類（通帳等）が必要です。

- 1 領収書の原本（接種したワクチンの種類ごとの金額、接種日、接種者名、医療機関名が分かるもの。領収書のみで確認できない場合は、明細書等が必要です。）
- 2 予診票の写し（ただし医療機関等から市へ直接送付される場合を除く。）