

島原市任意予防接種に係る償還払申請書

※太枠内で囲まれた部分をご記入ください。

受付番号	年度 No.	住所	島原市	
被接種者氏名				
生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号	— —	

ワクチンの種類	回数	接種年月日	医療機関名	支払金額	助成額
ロタウイルス (ロタテック・ロタリックス)	1回目	年 月 日		円	円
	2回目	年 月 日		円	円
	3回目	年 月 日		円	円
				合計	円

振込先 金融機関	銀行	本店	種別	口座番号
	金庫		支店	1:普通 2:当座 3:その他 ()
	組合			名義人

任意予防接種に係る費用の償還払を申請するにあたり、島原市長が私の住民基本台帳を確認することに同意します。

氏 名 印 続柄

上記のとおり、任意予防接種に係る費用の償還払について申請します。

年 月 日

申請者

住所

氏 名

印

電 話

島原市長 様

申請時に必要となる書類等について

① 償還払は、ロタウイルスワクチンの接種対象者で県外医療機関において接種を済ませ医療機関で費用を支払った人に対して行います。手続後、助成決定額を指定口座に振込みます(助成額には上限があります)。

② 申請者と口座振込名義が異なる場合は、委任状が必要となります。

③ 手続き

- 申請場所 島原市保健センター(島原市霊南二丁目45番地 電話64-7713)
- 提出書類 領収書の写し(接種日、医療機関印、接種したワクチンの種類が記載してあること)
接種済証の写し(母子健康手帳の写し)
振込金融機関の通帳(金融機関名及び口座番号等を確認するため)
印鑑

④ 振込金融機関は、被接種者の保護者の名義となります。