

島原市定期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	
B型肝炎	1回目	年 月 日		円	円	
	2回目	年 月 日		円	円	
	追加	年 月 日		円	円	
(どちらかに○をつけてください) ・ロタリックス ・ロタテック	1回目	年 月 日		円	円	
	2回目	年 月 日		円	円	
	3回目	年 月 日		円	円	
小児の肺炎球菌感染症 (小児用肺炎球菌ワクチン)	1回目	年 月 日		円	円	
	2回目	年 月 日		円	円	
	3回目	年 月 日		円	円	
	追加	年 月 日		円	円	
五種混合	1回目	年 月 日		円	円	
	2回目	年 月 日		円	円	
	3回目	年 月 日		円	円	
	追加	年 月 日		円	円	
その他の 予防接種		年 月 日		円	円	
		年 月 日		円	円	
		年 月 日		円	円	
		年 月 日		円	円	
				合計	円	円

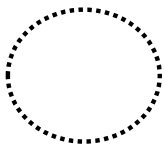
振込先 金融機関	銀行	本店 支店	種別	口座番号
	金庫 組合		1:普通 2:当座 3:その他 ()	フリガナ 名義人

定期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、定期接種に係る費用の償還払について申請します。

年 月 日



島原市長 様

申請者

住所

氏名

印

電話

償還払について

- ① 償還払は、本事業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。
ただし、島原市と接種医療機関(市外)がある市と接種前に依頼書を取り交わすことが原則です。
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 申請は、被接種者の保護者をお願いします。
- ③ 手続き
窓口:島原市保健センター
必要書類:領収書の写し(ただし、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。

確認印	接種年月日	年	月	日
	償還払決定額			円

※この欄には記入しないでください。