

塩竈市予防接種償還払い申請書

年 月 日

塩竈市長 殿

塩竈市が実施する予防接種に係る接種費用の償還払いについて、下記のとおり申請します。  
記

申請者名				続柄					
フリガナ				被接種者 生年月日		年 月 日 ( 歳 ヶ月)			
被接種者名				男 ・ 女					
住所		〒				電話 ( - - )			
償還払い理由		<input type="checkbox"/> 出産に伴う里帰り <input type="checkbox"/> 指定医療機関外にかかりつけ医がいるため <input type="checkbox"/> その他( )							
接種医療機関名									
予防接種の種類		回数	接種日	接種に要した費用 ( )は限度額	予防接種の種類	回数	接種日	接種に要した費用 ( )は限度額	
ロタウイルス	リ ス ク タ	1回目			H i b(ヒブ) 感染症	1回目			
		2回目				2回目			
	ロ タ テ ツ ク	1回目				3回目			
		2回目				追加			
		3回目				1回目			
五種混合(DPT-IPV-Hib)		1回目			小児肺炎球菌 感染症	2回目			
		2回目				3回目			
		3回目				追加			
		追加				I 期			
四種混合(DPT-IPV)		1回目			麻疹・風疹 (MR)	II 期			
		2回目				日本脳炎	1回目		
		3回目					2回目		
		追加					追加		
三種混合(DPT)		1回目			水痘	II 期			
		2回目				1回目			
		3回目				2回目			
		追加				1回目			
二種混合			II 期		B 型肝炎	2回目			
ヒトパピローマ ウイルス感染症	サ ー バ リ ッ ク ス	1回目				3回目			
		2回目				BCG	1回目		
		3回目			高齢者インフルエンザ		1回		
	シ ル ガ ー ド	1回目			高齢者肺炎球菌		1回		
		2回目			高齢者新型コロナ	1回			
		3回目							

振込指定金融機関名等

金融機関名・支店名			口座番号	
口座の種類	普通 ・ 当座		支給決定額 (市記入欄)	
フリガナ				
口座名義人				