

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	1回目		H i b(ヒブ) 感染症	1回目			
		2回目			2回目			
	ロ タ テ ッ 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				麻疹・風疹 (MR)	I 期		
四種混合(DPT-IPV)	1回目			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			B型肝炎	1回目			
二種混合	II 期				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			BCG	3回目		
		2回目				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			带状疱疹(生ワクチン)	1回		
					带状疱疹 (組換えワクチン)	1回目		
				2回目				

振込指定金融機関名等

金融機関・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			

※添付書類：①当該予防接種を受けたことを証明する書類
 ②当該予防接種を受け、医療機関で支払った額が明示されている領収書
 ③振込先がわかる書類（通帳のコピーなど）