

定期予防接種費用償還金交付申請書兼請求書 (RSウイルス 妊婦用)

令和 年 月 日

福岡市長様

申請者 (請求者)

氏名 被接種者との続柄 ( )

住所 〒 -

福岡市 区

電話番号

標記について、福岡市の指定実施医療機関以外の医療機関において定期予防接種を受けましたので、下記のとおり費用の償還金の交付を申請します。

1 被接種者

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名					
住所	〒 - 福岡市 区				
	※申請者 (請求者) と同じ場合は記載不要です。				

2 申請額

予防接種の種類	窓口負担 A	上限額 B	申請 (請求) 額 (AとBのうち少ない額)
RSウイルス感染症			

※太枠内は記入しないでください。 ※支給額は各年度において予防接種の種類ごとに福岡市が定めた金額が上限となります。

3 振込先

金融機関名		<input type="checkbox"/> 銀行		<input type="checkbox"/> 本店	
		<input type="checkbox"/> 金庫		<input type="checkbox"/> 支店	
		<input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 出張所	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号	番号 (左づめで記入)	(フリガナ)	
	<input type="checkbox"/> 当座			口座名義	
ゆうちょ銀行口座への振込を希望の場合	店番	口座番号	番号 (左づめで記入)	(フリガナ)	
				口座名義	

※被接種者が18歳以上で、申請者 (請求者) と被接種者が異なる場合は、下記を記入してください。

委任状	
私は、上記申請者 (請求者) を代理人と定め、予防接種費用の償還金の「 <input type="checkbox"/> 申請 (請求) <input type="checkbox"/> 申請 (請求) 及び受領 」を委任します。	
令和 年 月 日	
委任者 (被接種者)	住所
	氏名 印
※氏名は「署名」または「記名押印」	

受付印

(添付書類)

- ① 予防接種の記録が確認できる書類 (「母子健康手帳の予防接種記録欄の写し」又は「予防接種済証」又は「予診票の写し」等)
- ② 領収書原本 (接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されているもの)
- ③ 申請者 (請求者) の振込先口座の通帳コピー (預金名義人等が確認できるページ)
- ④ 予診票の写し