

定期予防接種費用償還金交付申請書兼請求書（小児予防接種用）

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

Table with 4 columns: フリガナ, 氏名, 生年月日, 住所. Includes a note: ※申請者（請求者）と同じ場合は記載不要です。

2 申請額

Table with 5 columns: 予防接種の種類, 期・回数 (BCGは記載不要), 窓口負担 A, 上限額 B, 申請（請求）額 (AとBのうち少ない額). Includes a 合計額 row.

※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

Table for payment details with columns for 金融機関名, 預金種別, 口座番号, 番号 (左づめで記入), (フリガナ), 口座名義. Includes checkboxes for 銀行, 金庫, 農協, 本店, 支店, 出張所.

※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 section containing text: 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「申請（請求）申請（請求）及び受領」を委任します。 Includes fields for date, name, address, and name of the authorized person.

受付印 section with a large empty box for the receipt stamp.

(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 母子健康手帳の父母の欄の写し
- ④ 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)