

予防接種費用償還払い請求書

年 月 日

福井市長 様

別紙「予防接種明細書」の予防接種を受けましたので、必要書類を添えて、次のとおり予防接種費用の助成を申請します。また、添付書類の内容について、医療機関に照会されることに同意します。

太枠の中をご記入ください。

申請者			生年月日	年	月	日
住所	〒 ー 福井市		電話	(自宅) (携帯)		
対象者 (被接種者)			生年月日	年	月	日
振 込 先	銀行・農協 支店 信用金庫 出張所 信用組合 支所 ゆうちょ銀行		普通 ・ 当座	口座番号 : : : : : :		
	口座名義人	フリガナ 氏名				
申請額 _____円 (内訳は、別紙「予防接種明細書」のとおり)						

※ 口座名義人は、申請者と同一人としてください。  
申請者は、予防接種実施依頼書交付申請書（様式第1号）の申請者と同一人とします。

【注意事項】 この請求書には次の書類を添付して下さい。

- ① 予防接種明細書（様式第4号）
- ② 接種医療機関が発行した領収書の原本とその明細書の原本
- ③ 福井市が発行した予診票の原本又はその写し
- ④ 予防接種名及び予防接種日の記載を受けた母子健康手帳もしくは予防接種済証の写し
- ⑤ 振込口座が確認できるもの（申請者名義の通帳など）の写し