

带状疱疹任意予防接種償還払い申請書兼口座振替依頼書

年 月 日

千代田区長あて

標記償還払いを受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。支給決定された金額は下記の指定口座に振り込んでください。

申請者	フリガナ		被接種者との 続柄	
	氏 名			印
	現住所	〒		
	電話番号			

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその代理人に限ります。

被 接 種 者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ①乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン) (販売名：ビケン)		<input type="checkbox"/> ②乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン) (販売名：シングリックス)		
	接種日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所 と同じ	〒			
	接種日及び自己負担額 (申請分のみ記載)	1回目	接 種 日	年 月 日	自 己 負 担 額	円
		2回目 (②のみ)		年 月 日		円
	申請金額 【接種1回あたりの上限額】 ①：4,500円，②：11,000円 【生活保護受給者等の場合】 ①：9,000円，②：22,000円		1回目		円	
			2回目 (②のワクチンのみ)		円	
			合計		円	
接種医療機関		名 称				
		住 所				
		TEL				

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協				本店 支店 支所		
		金融機関コード				支店番号		
	預金種別	普通・当座						
	口座番号							
	フリガナ							
	口座名義人							

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状	
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
令和 年 月 日	
申請者氏名（署名）	⑩

【同意事項及び確認事項】

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、千代田区が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
千代田区が発行する予診票を使って带状疱疹任意予防接種を受けたことがある場合、その回数と接種を受けた医療機関名を右にご記入ください。	計 回 医療機関名 _____
本申請分の带状疱疹任意予防接種費用について、他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
【接種費用の支払いを証明する書類（領収証等）の提出ができない場合】 接種を受けた医療機関から、接種費用の支払いを証明する書類（領収証等）の再発行ができないと言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。

接種記録が確認できる書類（予診票や予防接種済証の写し等）

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

（代理人が申請する場合）申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

《例：運転免許証、健康保険証（両面）などいずれかの公的証明書》

※ 申請者と被接種者が異なる場合や必要書類が不足している場合に、追加の書類を求めることがあります。