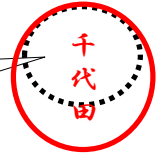


千代田区

千代田区長 殿

関係書類を添えて下記の口座に振り込んでください。なお、申請にあたり、健康推進課長が私の住民基本台帳を閲覧すること、また確認等必要な場合は医療機関等へ問合せをすることに同意します。

こちらに申請者印を押していただきますと、軽微な修正が必要になった場合、申請者様へ確認のうえ、区で修正することができません。返送して修正していただくお手間がかかります。



振替依頼書

年 月 日

申請日を記入してください。

※ 印鑑はスタンプ印不可です。

※ 「申請額」は予防接種に要した費用(保険適用部分を除く)を記入してください。

※ 接種内訳の詳細は裏面に記載をお願いします。

申請者	フリガナ	チヨダ ハナコ		スタンプ印は不可
	氏名	千代田	花子	1980年3月31日
	住所	〒102-0005 千代田区 飯田橋〇-△-□-◇		電話 090 (0000)0000
被接種者氏名	フリガナ	チヨダ タロウ	20XX年 4月 1日	
		□申請者と同じ	千代田 太郎	

昼間連絡が取れる電話番号を記載してください。

申請額	96,000 円	金額は訂正できません。
-----	----------	-------------

振込先	金融機関	三菱UFJ 銀行 信用金庫	本店	種別	① 普通 ② 当座
	口座番号	千代田 1 1			(右記記入)
	フリガナ	チヨダ ハナコ			
	口座名義	千代田 花子			

訂正箇所は必ず申請者印で訂正してください。

※ 振込先の口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状に記入・捺印が必要です。

委任状

私は、上記の口座名義人に定期予防接種費用助成金の受領を委任します。

年 月 日 委任者(申請者)住所 _____

氏名 _____ (印)

振込口座名義人が申請者以外の場合
申請者の住所・氏名記入、印が必要です。

助成決定額	円
-------	---

住所確認	母子健康手帳 確認等	領収書等 確認	予防接種 依頼書確認
------	---------------	------------	---------------

申請受付印

費用助成の申請理由に里帰り出産・長期入院いずれか該当するものへ○をつけ、
 予防接種の接種年月日・自己負担額・医療機関名を記入してください。

申請理由	○ 里帰り出産 ・ 長期入院	接種医療機関名
		●●病院

予防接種	回数	接種年月日	自己負担額	助成限度額(※2)	決定額
五種混合	1回目	R5年10月5日	20,000円	20,000円	円
	2回目	R5年11月6日	20,000円	20,000円	円
	3回目	月 日	円	円	円
小児肺炎球菌	4回目	年 月 日	円	円	円
	5回目	年 月 日	円	円	円
	6回目	年 月 日	円	円	円
	追加	年 月 日	円	円	円
ヒブ	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	追加	年 月 日	円	円	円
BCG		年 月 日	円	円	円
水痘	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
MR	1期	年 月 日	円	円	円
	2期	年 月 日	円	円	円
日本脳炎	1期1回目(※1)	年 月 日	円	円	円
	1期2回目(※1)	年 月 日	円	円	円
	1期3回目(※1)	年 月 日	円	円	円
	2期	年 月 日	円	円	円
DT2期		年 月 日	円	円	円
子宮頸がん	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
B型肝炎	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
ロタウイルス	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
RSウイルス		年 月 日	円	円	円
合 計			66,000円		円

母子手帳と領収書の接種日が一致していることを確認してください。

訂正箇所は必ず申請者印で訂正してください。

合計額を記入してください。

年度や接種した月によって、還付の助成限度額は異なります。別紙の単価表をご確認ください。

記入しないでください。

※1 日本脳炎ワクチンの特例・附則4条対象者は、還付の限度額は異なります。
 ※2 年度によって、還付の助成限度額は異なります。