

（宛先）大月市長

（申請者）

住所 〒

氏名

印

（被接種者との続柄 ）

R S 母子免疫ワクチン定期予防接種費用償還払申請書兼請求書

標記について、償還払いを受けたいので大月市R S 母子免疫ワクチン定期予防接種の償還払実施要綱の第7条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

請求金額		円			
被 接 種 者	フリガナ	□申請者 と同じ	〒	生年 月日	年 月 日
	氏名				
	接種日時点の 住所	□申請者 と同じ	〒		
	日中つながる 電話番号			接種医療機関名	
	接種日	年 月 日	接種日時点の週数	週	日
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協			本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ 口座名義人				

関係書類：①接種した医療機関の領収書の原本

- ②予診票の原本又は写し
- ③振込先口座が確認できる書類の写し
- ④上記のほか、市長が必要と認める書類

注意事項：①申請者は被接種者本人とする。（ただし、被接種者が申請できない特段の事情がある場合は、配偶者又は同一世帯の親族その他市長が認める者が申請できる。）

②償還払いは原則として被接種者本人名義の口座へ振込みとする。

③申請期日は出産日を0日とし60日以内。（ただし3月に出産した場合は4月末まで。）

検収（市記入欄）	上記について相違ないことを確認しました。 年 月 日 職員氏名： 印
----------	---------------------------------------