

河南町定期予防接種費用償還払い申請書兼請求書

河南町長 様

年 月 日

申請者（保護者・代理人）

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、予防接種費用の償還払いをしていただきますよう申請します。

記

1. 被接種者

ふりがな 氏名		性別	男・女
住所	河南町	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）

2. 接種した予防接種

予防接種の種類	接種日	自己負担額	申請額
<input type="checkbox"/> ヒブ（Hib）	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 四種混合	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 五種混合	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> BCG	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 水痘	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> B型肝炎	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん混合）	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 麻しん	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 風しん	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 二種混合（DT）	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん（HPV）サーバリックス・ガーダシル	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん（HPV）シルガード9	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 経口弱毒生ヒト rotaウイルスワクチン（ロタリックス）	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン（ロタテック）	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	年 月 日	円	円
合 計		円	円

3. 振込先

振込先 金融機関	銀行 農協	本店 支店	種 別	1 普通 2 当座
	口座番号			
	口座名義（フリガナ） ( )			

【備 考】 ワクチン接種を受けた日から1年を経過する日までに申請してください。

【添付書類】 ①接種費用の支払いを確認できるものの原本（領収書等）

②当該ワクチンを受けたことを証明できる書類（接種済証又は母子健康手帳を提示）

③振込先口座情報を確認できるもの（通帳等の提示）