

第4号様式（第7条関係）

須賀川市予防接種再接種費用助成金交付請求書

年 月 日

須賀川市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて請求します。

請求者	フリガナ		再接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			

再接種を受けた者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ		生年月日	年 月 日	
	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	〒			
	再接種を行った予防接種					
	予防接種の種類		接種年月日		接種費用	交付請求額 (※記入しない)
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
	交付請求合計額 (※記入しない)				合計 円	
再接種した医療機関	名称					
	住所					
	TEL					
※複数の医療機関で再接種した場合、下記に名称・住所・TELを記載						

私が受領する再接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

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

※医療機関が発行した領収書等がない場合は、再接種した医療機関で、下記の証明を受けてください。

予 防 接 種 証 明 書 (医療機関が記入してください。)			
再接種を受けた者の氏名			
予防接種名	接種年月日	受領金額	受領年月日
	年 月 日	円	年 月 日
	年 月 日	円	年 月 日
	年 月 日	円	年 月 日
	年 月 日	円	年 月 日
	年 月 日	円	年 月 日
	年 月 日	円	年 月 日
	年 月 日	円	年 月 日
上記のとおり証明します。			
年 月 日			
所在地			
医療機関名等 名称			
代表者名			
印			

【誓約・同意事項】 ※項目に☑を入れてください。同意がない場合、交付が受けられない場合があります。

この交付請求に係る住民基本台帳（請求者と再接種を受けた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、須賀川市が必要と認めるときは関係機関に対して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
交付請求内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 再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。
- 再接種の履歴が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）

※請求者と再接種を受けた者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。