

別記様式（第5条、第8条関係）

大阪狭山市麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費償還払申請書兼請求書

令和 年 月 日

（あて先）大阪狭山市長

大阪狭山市麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費の償還払に関する要綱第5条第1項の規定により、次のとおり、任意接種費用の償還払を申請します。

申請者	フリガナ		被接種者 との続柄
	氏名	㊦	
	住所	〒	
	電話番号		

※申請できるのは接種を受けた者の保護者に限ります。

被接種者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	申請内容	接種年月日	年 月 日		
		接種医療機関名			
		接種費用①	償還払上限額②	申請額③ (①と②を比較してい ずれか少ない額)	
		円	円	円	
定期接種 を完了で きなかつ た理由					

【添付書類】

- ・接種費用の支払を証明する書類（領収書及び明細書）※原本に限ります。
 - ・接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
- ※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。

任意接種費用について、次の指定口座への振込を依頼します。

振込先	金融機関名	銀行 農協 信用金庫		支店
	口座番号	預金種別	普通・当座・その他()	
	フリガナ 口座名義人			
	委任欄 (振込先の口座名義人と申請者が異なる場合は、申請者の委任が必要です。必ず申請者ご本人がご記入の上、申請者の印と同じ印鑑をご捺印ください。)本申請に基づく任意接種費用に係る償還額の受領について、上記の口座名義人に委任します。	申請者		

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、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
この申請書を、支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請に係る麻しん及び風しんに係る定期接種を受けましたか。はいの場合、接種を受けた自治体名と接種年月日を右記にご記載ください。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 自治体名 接種年月日 年 月 日
本申請分の麻しん及び風しんに係る任意接種費用について他の自治体から費用の助成等を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給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