

南九州市長 様

申請者 住 所

氏 名

予防接種費償還払い交付申請書兼請求書

次のとおり、償還払いについて請求します。

対象償還払い	南九州市予防接種の償還払い		
被接種者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生年月日		
予防接種の種類	接種年月日	接種費用 (自己負担分)	償還払い確定額 ※市記入欄
	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
振込先	金融機関名		支店名
	種 別	1 普通 2 当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		
(口座名義が申請者と異なる場合) 上記、接種費用に係る償還払いの受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住 所 氏 名 被接種者との続柄【 】			

関係書類

- 1 接種した医療機関等が発行した領収書の写し（被接種者氏名，当該予防接種の種類及びその費用，接種日，医療機関名等が記載されたもの）
- 2 母子健康手帳の写し又は予防接種済証（予防接種の記録が記載されているもの）
- 3 予診票の写し

注意事項

- 1 償還払いの額は，予防接種に実際に要した費用又は予防接種を受けた日（以下「接種日」という。）の属する年度に市と委託医療機関との間で締結した予防接種業務委託契約に基づく予防接種の費用のいずれか少ない額となります。
- 2 償還払いの申請は，接種日から1年以内に行ってください。