

様式第3号（第5条関係）

予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

宮古島市長 殿

申請者（請求者）

氏名 _____ 印 続柄（ ）

住所 宮古島市 _____

電話番号 _____

被接種者	フリガナ 氏名		性別		生年月日	年 月 日
	現住所	宮古島市				
	滞在先住所					
接種 医療機関	医療機関名					
	所在地	都道府県				市町村

※太枠内には記入しないでください。

接種日	ワクチンの種類	期/回	償還払限度額	接種料金	申請（請求）額
			A	B	(AとBのうち少ない額)
合計金額					

※請求額は、償還払限度額（予防接種契約額）が上限となります。

振 込 先	金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店
	預金の種類	普通・当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義	

（添付書類）

- ① 親子健康手帳等の写し（氏名記載ページと予防接種記録ページ）
- ② 医療機関発行の領収書（原本）
- ③ 振込先通帳の写し（振込先金融機関名、支店名、口座番号、口座名義の分かるもの）
- ④ 記録後の予診票（写しも可）

（注意）

- ・被接種者は、接種日において宮古島市在住の方に限ります。