

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

平成 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<br>氏名 |      | 性別 |  | 生年月日 | 平成 年 月 日 |
|            | 現住所        | 宮古島市 |    |  |      |          |
|            | 滞在先住所      |      |    |  |      |          |
| 接種<br>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 |   | 申請（請求）額<br>(AとBのうち少ない額) |
|------|---------|-----|--------|---|-------------------------|
|      |         |     | A      | B |                         |
|      |         |     |        |   |                         |
|      |         |     |        |   |                         |
|      |         |     |        |   |                         |
|      |         |     |        |   |                         |
|      |         |     |        |   |                         |
|      |         |     |        |   |                         |
|      |         |     |        |   |                         |
|      |         |     |        |   |                         |
| 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<br>込<br>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。