

インフルエンザ予防接種費用自己負担金償還払申請書（障害のある人対象）

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------|----------|
| 福知山市長 様 申請者 住所 〒 _____ (自治会名 _____) | 年 月 日 | | |
| 氏名 _____ 電話番号 _____ | | | |
| 下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用自己負担金償還払いを申請します。 | | | |
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 接種回数 | 接種日 | 接種医療機関 | 接種に要した費用 |
| 1回目 | 年 月 日 | | |
| 2回目 | 年 月 日 | | |
| 申請理由 | 1 指定医療機関外で接種したため 2 その他 (_____) | | |
| 無料申請 | 1 あり ・ 2 なし | | |

下記の口座に振り込み願います。

| | | |
|--------------|----------------------|----------------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農業協同組合 | 本店 支店 支所 |
| | ゆうちょ銀行 | 店番 |
| 種 目 | 普通 当座 | 口座番号 |
| フリガナ 口座名義 | | |

- 【注意】 1 申請される人は、必ず領収書・予診票(コピー可)・印鑑(シャチハタ不可)を持参してください。
 2 支払は、口座振込にて行います。申請者名義で口座内容を御記入ください。
 3 申請者と振込先口座名義が違う場合、以下にも記名押印をお願いします。

口座名義人は、同一生計内の(配偶者、子、その他())であり、当該口座に振り込むことについては、異存ありません。

申請者氏名 _____ 印 _____

※下欄は記入しないでください。

| | | | | |
|----------------|-------|-----------------------------|-------|--|
| ※ 支払 決定額 | 自己負担額 | | 支給決定額 | |
| | | | | |
| | 添付書類 | 1 領収書 2 その他 (_____) | | |
| | 無料申請 | 1 なし 2 あり (該当 ・ 非該当) | | |
| | 備考 | | | |