

福知山市障害のある人のための予防接種費用自己負担金償還払申請書

年 月 日

福 知 山 市 長 様

申請者 住 所 〒 (自治会名)

接種を受けた本人の氏名
等の記入をお願いします。

福知山市

氏 名

電話番号

下記のとおり、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
接種回数と種類	接 種 日	接種医療機関	接種に要した費用
1回目 インフル コロナ	年 月 日 年 月 日		
2回目 インフル	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		

接種を受けた本人(1名分)の
氏名等をお願いします。

下記の口座に振込み願います。

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農業協同組合 ゆうちょ銀行	
種 目	普通 当座	口 座 番
フリガナ 口座名義		

申請者名義の口座を記入願います。
なお、申請者と違う口座名義の場合は、下
段にも記名押印をお願いします。

- 【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(要持参)。
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、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。

※支給決定額	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			