

尼崎市予防接種償還払申請書
(償還払請求書兼同意書)

償還払いの申請は、接種された日の翌日から1年以内に申請してください。

尼崎市長 あて

別紙「予防接種内訳書」のワクチンを接種しましたので、必要書類を添付し接種費用の一部助成を申請します。また、添付書類の内容について、医療機関に照会されることに同意します。

請求年月日 令和 年 月 日
(千 -)
申請者 住所：
(保護者) 氏名(続柄)： ()
電話： () -

フリガナ		生年月日	令和 平成	年	月	日
接種者氏名						
接種医療機関名	()市・区・町・村 医療機関名：()					
申請額	円(内訳は、別紙「予防接種内訳書」のとおり) ※申請額は、別紙「予防接種内訳書」の償還払額合計欄の金額を記入してください。(金額訂正不可)					
振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所		種別	普通 当座 貯蓄	
フリガナ		口座番号				
口座名義人						
委任欄 ※申請者と口座名義人が異なる場合は、記入・押印してください。	私は、上記請求代金の振込先について、私の名義でない口座を指定していますが、この口座振込をもって支払の効力が生じることについて、異議ありません。 令和 年 月 日 申請者氏名					

(審査後に交付決定通知書を申請者住所宛に送付しますが、別の送付先を希望される場合は下記太枠内に記載願います。)

(千 -)	(様方)
---------	--------

※以下は記入しないでください

※申請に必要なものの確認

- ☐ 「尼崎市予防接種償還払申請書」
- ☐ 定期予防接種を接種したことがわかる領収書と内訳書の原本(金額、氏名、予防接種の種類が記載されているもの)
- ☐ 定期予防接種を受けたことが確認できる母子手帳の写し(母子手帳「予防接種の記録」の還付申請対象ワクチンページの写し)
- ☐ 接種者の氏名や住所が確認できる証明の掲示(マイナンバーカード、乳児医療証、保険証等)
- ☐ 通帳など振込先に指定した金融機関の口座名義・口座番号のわかるものの写し
- ☐ 他市依頼書交付申請の確認

市処理欄	令和 年 月 日	課長	係長	係	公印	交付決定額
	承認します。					円