

記入例

様式第4号（第11条関係）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

龍ヶ崎市長 様

申請者・請求者 住 所 龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地

申請者・請求者氏名は
口座名義人と同一で

氏 名 龍ヶ崎 太郎

被接種者との関係 本人

電 話 番 号 090-0000-0000

（日中連絡が取れるもの）

必ず
押印

龍
ヶ
崎

龍ヶ崎市任意予防接種助成費償還払申請書兼請求書

龍ヶ崎市任意予防接種事業実施要綱第11条の規定による公費助成額の償還払いについて、次の事項に同意の上、下記のとおり申請し、及び請求します。

- 任意予防接種助成費償還払申請に係る事務を行うに当たり、世帯の状況等を調査することに同意します。
- 請求者と口座名義人の権限を委任し、任意予防接種助成費償還払申請を行います。

接種日にご注意！ 下記以外での接種は対象外です。

対象期間:令和7年4月1日～令和8年3月31日

※ 接種を受けた方が複数いる場合は、同一世帯の家族に限り申請します。

被接種者(接種を受けた者) 氏名・生年月日 接種日時点の年齢	任意予防接種の種類	接種回数 接 種 日	※公費助成額 (※市で記載します)
龍ヶ崎 太郎 昭和〇〇年〇月〇日生 (満〇〇歳)	☐ おたふくかぜ ☐ 小児インフルエンザ ☐ 男性HPV(4価) ☒ 带状疱疹 ☐ 組換え(シングリックス) ☒ 生(ビケン)	☒ 1回目 令和〇年〇〇月〇〇日 ☐ 2回目 年 月 日 ☐ 3回目 年 月 日	金額は記載不要
龍ヶ崎 花子 昭和〇〇年〇月〇日生 (満〇〇歳)	☐ おたふくかぜ ☐ 小児インフルエンザ ☐ 男性HPV(4価) ☒ 带状疱疹 ☒ 組換え(シングリックス) ☐ 生(ビケン)	☒ 1回目 令和〇年〇〇月〇〇日 ☒ 2回目 令和〇年〇〇月〇〇日 ☐ 3回目 年 月 日	

(裏面に続く)

被接種者(接種を受けた者) 氏名・生年月日 接種日時時点の年齢	任意予防接種の種類	接種回数 接種日	※公費助成額 (※市で記載します)
年 月 日生 (満 歳)	☐ おたふくかぜ ☐ 小児インフルエンザ ☐ 男性HPV(4価) ☐ 带状疱疹 ☐ 組換え(シングリックス) ☐ 生(ビケン)	☐ 1回目 年 月 日 ☐ 2回目 年 月 日 ☐ 3回目 年 月 日	金額は記載不要
年 月 日生 (満 歳)	☐ おたふくかぜ ☐ 小児インフルエンザ ☐ 男性HPV(4価) ☐ 带状疱疹 ☐ 組換え(シングリックス) ☐ 生(ビケン)	☐ 1回目 年 月 日 ☐ 2回目 年 月 日 ☐ 3回目 年 月 日	
※合計請求金額 (※市で記載します)		金額は記載不要 円	

振込先

金融機関名	☐ ☐ ☒ 銀行・金庫 ☐ ☐ ☒ 本店支店
口座種別・番号	☒ 普通 ☐ 当座
フリガナ 口座名義人	リュウガサキ タロウ 龍ヶ崎 太郎

口座名義人は
申請者・請求者と同一で

<注意事項>

- ☐ 申請者・請求者氏名と口座名義人は、同一にしてください。
- ☐ 金額欄は市で記載します。空欄のままご提出ください。
- ☐ 金額以外の部分を訂正する際は、必ず訂正印の押印をお願いします(二重線のみでの訂正や塗りつぶしは不可)。訂正印は、請求印と同一の印で押印してください。
- ☐ 添付する領収書には、「〇〇予防接種料」のように、何の予防接種を受けたのかわかる記載があるかご確認ください。