様式第４号（第１１条関係）

年　　月　　日

龍ケ崎市長　様

申請者・請求者 住　　 所

氏　　 名 　　　　　　　　　 　 　印

被接種者との関係

電 話 番 号

（日中連絡が取れるもの）

龍ケ崎市Ｂ類疾病予防接種費用償還払申請書兼請求書

龍ケ崎市Ｂ類疾病予防接種実施要綱第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。

１　Ｂ類疾病予防接種費用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ついて承諾します。

２　請求者と口座名義人がやむを得ず違う場合は、下記口座名義人に代金受　領の権限を委任します。

※　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できます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | Ｂ類疾病予防接種の種類 | 接 種 日 | ※公費助成額  (※市で記載します) |
| 年　 月 　日生  (満　 　歳) | □ 高齢インフルエンザ | 年　　月　　日 | 円 |
| □ 成人肺炎球菌 | 年　　月　　日 | 円 |
| □ 新型コロナ | 年　　月　　日 | 円 |
| □ 帯状疱疹  □ 組換え(シングリックス)  □ 生(ビケン) | □ １回目  年　　月　　日 | 円 |
| □ ２回目  年　　月　　日 | 円 |

（裏面に続く）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者  (接種を受けた者)  氏名・生年月日  接種日時点の年齢 | Ｂ類疾病予防接種の種類 | 接 種 日 | ※公費助成額  (※市で記載します) |
| 年　 月 　日生  (満　 　歳) | □ 高齢インフルエンザ | 年　　月　　日 | 円 |
| □ 成人肺炎球菌 | 年　　月　　日 | 円 |
| □ 新型コロナ | 年　　月　　日 | 円 |
| □ 帯状疱疹  □ 組換え(シングリックス)  □ 生(ビケン) | □ １回目  年　　月　　日 | 円 |
| □ ２回目  年　　月　　日 | 円 |
|  | ※合計請求金額  (※市で記載します) | 円 | |

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　本　店  金庫　　　　　　　　　　　　　　支　店  組合　　　　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | |
| 口座種別・番号 | 普通  当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

＜注意事項＞

１　振込口座は、一世帯につき、一代表口座とします。

２　予防接種を受けた日の属する年度の３月末日までに医療対策課に申請してください。

３　この申請書兼請求書に記載された個人情報については、この目的以外には使用しません。