様式第３号（第６条関係）

　　年　　月　　日

富士吉田市予防接種費用償還払申請書兼請求書

　富士吉田市長　様

　予防接種費用の償還払いについて、富士吉田市予防接種費用の償還払いに関する要綱第６条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請し、及び請求します。

【申請者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 接種を受けた者との続柄 |   |
| 氏名 |  |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

※申請ができるのは接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

【被接種者】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | □申請者と同じ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳　　か月） |
| 住　　　　　所 | □申請者と同じ | 〒  |

【申請の対象】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 接種年月日 | 接種した医療機関 | 接種費用**【自己負担分】** | 償還払い決定額**【※健康長寿課記入】** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計金額 |  |  |

【振込先口座】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金 融 機 関 名 |  | 銀行・金庫・組合 |  | 本店支店 |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店番号 |  |  |  |
| 預 金 種 別 | 普通　　・　　当座 |
| 口 座 番 号 |   |
| （フリガナ）口 座 名 義 人 |  |
| 依頼人（申請者）氏名 |  |

　申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下欄に記入をお願いします。

|  |
| --- |
| ※委任状　私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。年　　　月　　　日申請者氏名 |

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、富士吉田市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。 | □はい　□いいえ |
| 　この申請書を、富士吉田市において交付決定をした後は予防接種費用の請求書として取り扱うことに同意します。 | □はい　□いいえ |
| 　申請内容に偽りがある場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの助成金を返還することに同意します。 | □はい　□いいえ |

【提出書類】

□　接種費用の支払を証明する書類（領収書の写し及び明細書又は支払証明書等の写し）

□　予診票の原本又は写し

　※　申請者と被接種者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

□　被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し

（申請者と被接種者が異なる場合はそれぞれのもの）

　※　申請時住所記載の運転免許証（記載事項に変更があった場合は、両面）、個人番号カード、健康保険証（両面）などいずれか一つ

□　振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

【注意事項】

１　償還額は、予防接種費用又は接種日の属する年度の委託予防接種費用のいずれか低い方の額を限度として、本市が決定した額となります。

２　償還払いの申請は、接種日から１年以内にしてください。