

予防接種費償還払交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）八戸市長

申請者（被接種者）※被接種者が未成年の場合は保護者

住所

氏名 印

被接種者との関係（ ）

電話番号
（日中連絡がとれる番号）

八戸市予防接種費の償還払に関する要綱第6条に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。
なお、交付要件の確認のため、八戸市が保有する個人情報を見ることが及び医療機関に問合せをすることに同意します。

1 被接種者

住 所	八戸市		
フリガナ		年 月 日生	
氏 名			

2 申請（請求）金額（実際の支払額と市が定める額のいずれか少ない額）

接種年月日	予防接種名	実際の支払額 （税込）（A）	市が定める額 （B）	申請（請求）金額 （A）（B）いずれか少ない額
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
申請（請求）金額 合計				円

3 振込先（申請者と口座名義人は同一であること）

金融機関	銀行・信用金庫 農協・組合	本店・支店 出張所	☐ 普通 ☐ 当座
口座名義 カタカナ		口座 番号	

【添付書類】

- (1) 領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）
- (2) 母子健康手帳「予防接種の記録」の写し又は接種済証の写し
- (3) 予診票の原本又は写し
- (4) 振込先通帳の写し（名義人、口座番号等がわかる部分）