

千葉県麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成

償還払い請求書兼委任状

(あて先) 千葉市長

申請者 (予防接種を受けた方)

氏名: _____

(注) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所: _____

連絡先電話番号 _____ - _____ - _____

麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けましたので、費用について以下のとおり請求します。

請求金額 _____ 円 ※1

予防接種を受けた日	年 月 日		
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関			
接 種 内 容 (助 成 額)	麻しん風しん混合ワクチン	6,600円	
支払った金額	円		
受領の委任 (※2) (どちらかに○)	委任しません (私 (申請者) の口座への入金を希望します) (申請者本人の口座へ振り込む場合は、こちらに○)		
	下記口座名義人へ、請求金の受領を委任します。		
振 込 希 望 口 座	銀行	支店	普通 ・ 当座
	口座番号:		
	ふりがな:		
	口座名義:		

※1 請求金額は、支払った額から自己負担額 (3,000円) を引いた額と助成額 (6,600円) のどちらか低い方の金額になります。

※2 請求金の入金希望口座の名義が申請者と同一の場合は上の「委任しません」に○を、異なる場合は下の「委任します」に○を記入してください。

【添付書類】

- ①領収書の原本
- ②接種内容 (ワクチンの種類等)、接種を受けた方の氏名、接種日、医療機関名が確認できる書類 (予診票、接種証明書等)
- ③風しんの抗体価が低いことが確認できる書類の写し (風しん抗体検査の結果票等)