

千葉市インフルエンザ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

令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種を受けましたので、費用について下記のとおり請求します。

申請者	フリガナ 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。
	住所	千葉市 区					
	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先を記入) — —	電子メール アドレス	@			
※申請者と同一世帯の方のみ一緒に申請できます。世帯が異なる場合は、別に申請してください。							
被接種者 (予防接種を受けた方)	氏名	続柄 (申請者からみた続柄を記入)	接種年月日 (13歳未満で2回接種した場合は2回分の接種日を記入)	支払った 金額 (A) (13歳未満で2回接種した場合はその合計額を記入)	自己負担額 (B)	請求金額 (A - B) = (C) (A - Bの差額が3,000円以上の場合、請求額は3,000円と記入)	
	生年月日		接種医療機関名				
			① 年 月 日 ② 年 月 日	円	1,800円	円	
	昭・平・令 年 月 日						
			① 年 月 日 ② 年 月 日	円	1,800円	円	
	昭・平・令 年 月 日						
			① 年 月 日 ② 年 月 日	円	1,800円	円	
	昭・平・令 年 月 日						
			① 年 月 日 ② 年 月 日	円	1,800円	円	
	昭・平・令 年 月 日						
請求金額 (C) の合計						円	
受領の委任 (どちらかに○)		委任しません (私 (申請者) の下記口座への入金を希望します。)					
		下記口座名義人へ、助成金の受領を委任します。					
振込希望 口座	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 支所・出張所		
	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号				
	フリガナ 口座名義						

【添付書類】

- ① 領収書の原本 (予防接種を受けた方ごとに金額がわかるものが必要です。)
- ② ワクチン種類 (インフルエンザワクチンであること)、接種日、接種者氏名、医療機関名が確認できる書類 (接種証明書、母子手帳の写し、接種内容等がわかる明細書、予診票の写し等。「①領収書」に必要な項目がすべて記載されている場合、②は不要です。)
- ③ 口座確認書類 (金融機関名、口座番号、口座名義がわかる通帳やキャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し。)

【記入例】

千葉市インフルエンザ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

令和 ×年 ×月 ○日

インフルエンザ予防接種を受けましたので、費用について下記の通り記入いたします。

申請者	フリガナ	チバ ○○ロウ	
	氏名	千葉 ○○郎	
	住所	千葉市 中央 区 千葉港 1-×	
電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先を記入)	電子メールアドレス	
		090-××××-××××	

接種日時時点で千葉市に住民票がある方が対象です。接種後に市外に転居された場合は、接種時点の千葉市での住所のあとに現住所を記載してください。
例) 千葉市中央区千葉港1-×(○○県○○市○○町××-×)

※申請者と同一世帯の方のみ一緒に申請できます。世帯が異なる場合は、別に申請してください。

氏名	続柄 (申請者からみた続柄を記入)	接種年月日	支払った金額 (A) (13歳未満で2回接種した場合はその合計額を記入)	自己負担額 (B)	請求金額 (A-B) = (C) (A-Bの差額が3,000円以上の場合、請求額は3,000円と記入)
		(13歳未満で2回接種した場合は2回分の接種日を記入) 接種医療機関名			
千葉 ○○郎	本人	① 令和2年10月26日 ② 年 月 日	4,800円	1,800円	3,000円
昭・平・令 ××年×月×日		○×△内科医院			
千葉 ○×子	妻	① 令和2年10月30日 ② 年 月 日	2,800円	1,800円	1,000円
昭・平・令 ××年×月×日		□○×耳鼻科医院			
千葉 ○美	子	① 令和2年10月26日 ② 令和2年11月26日	7,000円	1,800円	3,000円
昭・平・令 ×年×月×日		×△□小児科医院			
昭・平・令 年 月 日		① 年 月 日	1,800円		
請求金額 (C) の合計			7,000円		

被接種者 (予防接種を受けた方)

医療機関で支払った金額を記入してください。自己負担が1,800円以下の場合は助成対象となりません。13歳未満の場合は、2回接種となるため、2回分の合計金額を記入してください。

7,000円(A) - 1,800円(B) = 5,200円(C)
※差額は5,200円ですが、上限3,000円のため、請求金額は3,000円と記入してください。

申請者とは異なる人の口座に振り込みを行う場合は、こちらに○が必要です。

受領の委任 (どちらかに○)	<input type="radio"/>	委任しません (私 (申請者) の下記口座への入金を希望します。)
	<input type="radio"/>	下記口座名義人へ、助成金の受領を委任します。
振込希望口座	金融機関名	△ × 銀行・信用金庫 ○ ○ 本店・支店 農協・信用組合 ○ ○ 支所・出張所
	口座種別	①. 普通 2. 当座
	口座名義	千葉 ○○郎
	フリガナ	チバ ○○ロウ

【添付書類】

- ① 領収書の原本 (予防接種を受けた方ごとに金額がわかるものが必要です。)
- ② ワクチン種類 (インフルエンザワクチンであること)、接種者氏名、接種日、医療機関名が確認できる書類 (接種証明書、母子手帳の写し、接種内容等がわかる明細書、予診票の写し等。「①領収書」に必要な項目がすべて記載されている場合、②は不要です。)
- ③ 口座確認書類 (金融機関名、口座番号、口座名義がわかる通帳やキャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し。)

● 申請受付 令和3年2月28日必着

● 郵送先

〒260-8690 千葉中央郵便局私書箱第33号
「千葉市インフルエンザ予防接種費用助成事務局」宛

千葉市 インフル助成

