

(様式)

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 生年月日	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) (1人当たりの助成額の上限は3,000円)	
	昭・平・令 年 月 日		① 年 月 日 ② 年 月 日	円	1,800円	円 (上限3,000円)	
	昭・平・令 年 月 日		① 年 月 日 ② 年 月 日	円	1,800円	円 (上限3,000円)	
	昭・平・令 年 月 日		① 年 月 日 ② 年 月 日	円	1,800円	円 (上限3,000円)	
	昭・平・令 年 月 日		① 年 月 日 ② 年 月 日	円	1,800円	円 (上限3,000円)	
	昭・平・令 年 月 日		① 年 月 日 ② 年 月 日	円	1,800円	円 (上限3,000円)	
	昭・平・令 年 月 日		① 年 月 日 ② 年 月 日	円	1,800円	円 (上限3,000円)	
	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)の口座への入金を希望します)				
		委任します(私(申請者)以外の者への入金を希望します)					
振込希望口座	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		金融機関コード			
	支店名	本店・支店 支所・出張所		支店コード			
	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号				
	口座名義	口座名義(カナ)					

【添付書類】※申請期間：令和3年11月1日から令和4年2月28日(必着)

- 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。)
- ワクチンの種類(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、それぞれのインフルエンザワクチン接種費用が確認できる書類(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。
- 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】

(様式)

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

接種日時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-×(〇〇県〇〇市〇〇町××-×)
※申請者は本人または世帯が同一の方に限りません。

申請者	フリガナ氏名	チバ〇〇ロウ									
	氏名	千葉〇〇郎									
住所	住所	千葉市中央区千葉港1-×									
	電話番号	〒×××××-××××	電子メールアドレス								
予防接種を受けた方のそれぞれの生年月日を必ず記入してください。 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	接種年月日	支払った金額(A)	自己負担額(B)	請求金額(A-B)=(C)					
	生年月日	(申請者からみた続柄を記入)	(13歳未満で2回接種した場合は2回分の接種日を記入)	(13歳未満で2回接種した場合はその合計額を記入)		(A-Bの差額が3,000円以上の場合、請求額は3,000円と記入)					
	千葉〇〇郎	本人	① 令和2年10月26日 ② 年 月 日	4,800円	1,800円	3,000円 (上限3,000円) 4,800円(A)-1,800円(B)					
	千葉〇×子	妻	① 令和2年10月30日 ② 年 月 日	2,800円	1,800円	1,000円 (上限3,000円) 2,800円(A)-1,800円(B)					
	千葉〇美	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 (上限3,000円) 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。					
医療機関で支払った金額を記入してください。(支払った金額が1,800円以下の場合、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。				円	円	円					
請求金額: 本人 3,000円 + 妻 1,000円 + 子 3,000円				7,000円							
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。		<input type="radio"/> 委任しません(私(申請者)の下記口座への入金希望します) <input type="radio"/> 委任します(私(申請者)以外の者の口座への入金希望します)									
振込希望口座	金融機関名	△ ×	銀行 信用金庫 農協・信用組合	金融機関コード	1	1	1	1			
	支店名	〇 〇	本店 支店 支所・出張所	支店コード	1	1	1				
	口座種別	① 普通	2. 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義	千葉〇〇郎		口座名義(カナ)	チバ〇〇ロウ						

ゆうちょ銀行の場合、振込先支店名は数字3桁の店名(例:0五八)、振込先口座番号は7桁の数字になります。詳しくはお手元の預金通帳等をご確認ください。
 (金額がわかるものが必要です。)
 (あること)、接種者氏名、接種日、医療機関名、それぞれのインフルエンザワクチン接種費用が確認し、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た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4年2月28日(月)必着
 ● 郵送先
 〒260-8690 千葉中央郵便局私書箱第49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

