

## 帯状疱疹ワクチン任意接種に係る償還払い申請書

年 月 日

（あて先）東久留米市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                                      |                    |    |                                                                                                   |       |           |  |
|--------------------------------------|--------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|--|
| 申<br>請<br>者<br>・<br>被<br>接<br>種<br>者 | フリガナ               |    |                                                                                                   |       |           |  |
|                                      | 氏 名                |    |                                                                                                   |       |           |  |
|                                      | 電 話 番 号            |    | 生年<br>月 日                                                                                         | 年 月 日 |           |  |
|                                      | 現 住 所              |    | 〒                                                                                                 |       |           |  |
|                                      | 接 種 日 時 点<br>の 住 所 |    | <input type="checkbox"/> 現住所と<br>同じ                                                               | 〒     |           |  |
|                                      | 接 種 内 容            |    | <input type="checkbox"/> 生ワクチン<br>（乾燥弱毒生水痘ワクチン・ビケン）<br>予防接種を受けた日時 年 月 日<br>予防接種の金額 円              |       | 市記入欄<br>円 |  |
|                                      |                    |    | <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン 1 回目<br>（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン・シングリックス）<br>予防接種を受けた日時 年 月 日<br>予防接種の金額 円 |       | 円         |  |
|                                      |                    |    | <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン 2 回目<br>（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン・シングリックス）<br>予防接種を受けた日時 年 月 日<br>予防接種の金額 円 |       | 円         |  |
|                                      | 接種医<br>療機関         | 名称 |                                                                                                   |       |           |  |
|                                      |                    | 住所 |                                                                                                   |       |           |  |
| TEL                                  |                    |    |                                                                                                   |       |           |  |
| ※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TEL を記載     |                    |    |                                                                                                   |       |           |  |

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

|       |       |                  |  |  |  |  |      |  |  |                |
|-------|-------|------------------|--|--|--|--|------|--|--|----------------|
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 |  |  |  |  |      |  |  | 本店<br>支店<br>支所 |
|       |       | 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 |                  |  |  |  |  |      |  |  |                |

【誓約・同意事項】

※内容を確認し、必ず☑を入れてください。

|                                                              |                          |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|
| この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、東久留米市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。 | <input type="checkbox"/> |
| この申請書を、東久留米市において支給決定をした後は任意接種費用の請求書として取扱うことに同意します。           | <input type="checkbox"/> |
| 申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意します。    | <input type="checkbox"/> |

【提出書類】

- ☐ 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）の写し
  - ☐ 接種記録が確認できる書類（予診票の本人控え等）の写し
  - ☐ 振込希望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）
- ※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。