

見本

日立市長 殿

※赤枠内をご記入ください。
※申請者と口座名義は同一人物名でお願いいたします。

令和 4年 4月 2日

住所 日立市助川町1-15-15
申請者 氏名 日立 花子
被接種者との続柄： 母
電話番号 0294-21-3300

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う定期予防接種費償還払申請書兼請求書

標記について、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

記

被接種者	住所	日立市 助川町1-15-15					
	フリガナ	ヒタチ	タロウ	性別	男・女		
	氏名	日立 太郎		生年月日	平成31年3月14日		
内訳	種類	回数 ①	接種費用 単価 ②	接種費用 ③ (①×②)	助成限度額 単価 ④	助成限度額 ⑤ (①×④)	申請(請求)額 ※③又は⑤のうち低い額
	1	日本脳炎	1	9,200 円	9,200 円	6,080 円	6,080 円
	2			円	円	円	円
	3			円	円	円	円
	4			円	円	円	円
	5			円	円	円	円
	6			円	円	円	円
	7			円	円	円	円
	8			円	円	円	円
	9			円	円	円	円
	10			円	円	円	円
	11			円	円	円	円
	12			円	円	円	円
	13			円	円	円	円
	14			円	円	円	円
	15			円	円	円	円
	16			円	円	円	円
合計						5,750	円

接種したワクチンの種類と、接種した回数を記載します。

別添「日立市定期予防接種被助成限度額一覧」を参考に記載します。
特例措置により、日本脳炎1期分が13歳未満、及び20歳未満となっていたかたは、「日本脳炎(7歳

申請(請求)金額 円

振込先	常陽 銀行 信金 労金・信組 農協	日立 本店 支店 出張所	口座種別 (いずれかに○) 普通・当座
	フリガナ 口座名義	ヒタチ 日立 花子	口座番号 1230000

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、支店名は漢数字で記入してください。

※振込先は、申請者名義の口座を記入してください。

【提出していただく書類】

- 領収書及び診療報酬明細書の原本
(被接種者氏名、接種日、接種料金、接種ワクチンが記載されているもの。レシート不可)
- 予診票(日立市返送用)の原本
- 接種記録の写し
(母子健康手帳の出生届出済証明(※子の保護者の欄を記載)と、接種記録が記載された箇所)の写し)
- 通帳の写し(銀行名・支店名・口座番号・口座名義人が確認できるもの)