

宇部市予防接種費償還払申請書

年 月 日

宇部市長 様

〒

住 所 _____

申請者 氏 名 _____
(被接種者との関係)

電 話 _____

申請金額 円

予防接種費の償還払を受けたいので、関係書類を添えて下記の通り申請します。
なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。
※被接種者死亡の場合のお手続き
私が相続権のある親族を代表して申請します。
また、他に相続権のある者から異議が生じた場合は、私が責任をもって解決することとします。

記

被接種者氏名		予防接種名	接 種 年 月 日	支 払 金 額	市の契約単価	申 請 金 額
フリガナ 氏 名 (年 月 日生)	高 齢 者 用 以 外		年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
	高 齢 者 用		年 月 日	円	円	円
				(宇部市が定めた自己負担額) 円		
			年 月 日	円	円	円
				(宇部市が定めた自己負担額) 円		
			年 月 日	円	円	円
				(宇部市が定めた自己負担額) 円		
			年 月 日	円	円	円
				(宇部市が定めた自己負担額) 円		
合 計						円

※申請期限は、接種日の翌日から起算して1年以内です。
※高齢者用以外の予防接種の申請金額は、支払金額と契約単価のいずれか少ない金額となります。
※高齢者用の予防接種の申請金額は、支払金額と契約単価のいずれか少ない金額から宇部市が定めた自己負担金を控除した金額となります。
《申請に必要なもの》
①接種した医療機関等の領収書の原本（定期予防接種とわかるもの） ②予診票の原本又は写し
③（高齢者以外の場合）親子健康手帳 ④（高齢者の場合）予防接種済証