

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 (A) + (B) 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。

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	
		小 計				(A)
高齢者用	高齢者インフルエンザ	年 月 日	円	円	円	
			(宇部市が定めた自己負担額) 円	(宇部市が定めた自己負担額) 円		
	高齢者肺炎球菌	年 月 日	円	円	円	
(宇部市が定めた自己負担額) 円			(宇部市が定めた自己負担額) 円			
小 計				(B)	円	
合 計					(A) + (B)	円

※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それぞれから宇部市が定めた自己負担金を控除した額のいずれか少ない額となります。

《添付書類》

- ・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)
- ・予診票の原本又は写し

《持ってくるもの》

- ・高齢者以外：母子健康手帳
- ・高齢者：予防接種済証

※記入時の注意点

- ・申請期限は、接種日の翌日から起算して1年以内です。
- ・金額欄は、接種年度によって金額が違いますので、記入しないでください。
- ・消しゴムで消せるインクを使用したボールペンで、記入しないでください。