様式第３号（第５条関係）

（表）

予防接種費用償還払交付申請書兼請求書

大河原町長　　　　　　　様

　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請（請求）者 | 住所 | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | |
| 昼間の  連絡先電話番号 | （　　　） |

　私は、予防接種依頼書に基づき、県外医療機関に予防接種費用を支払ったので、下記のとおり、関係書類を添えて予防接種費用の償還払の交付を申請（請求）します。

なお、必要があるときはこの申請に必要な予防接種の内容等を町が接種医療機関等に確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  | | 男・女 | | 生年月日 | | | | | | |
| 氏名 |  | | 年　 月　 日（　 歳 　か月） | | | | | | |
| 住所 | 〒  　大河原町 | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名  支店名 | 銀行  金庫  組合 | | | 支店 | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通　当座 | 口座番号 |  | | |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ）  口座名義人 | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |

予防接種接種状況

（裏）

（　　　年度）　　（円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※接種を受けた予防接種にレ点を付け、回数等を〇で囲んで接種日、自己負担額をご記入ください。** | | | | | | 接種自己負担額 | 上限額/回 | 対象額 |
| □ﾛﾀｳｲﾙｽ | 1回目 | 2回目 | 3回目 |  | | 円 |  |  |
| 接種日 | . . | . . | . . |
| □Hib | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |  | 円 |  |  |
| 接種日 | . . | . . | . . | . . |
| □小児用肺炎球菌 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |  | 円 |  |  |
| 接種日 | . . | . . | . . | . . |
| □Ｂ型肝炎 | 1回目 | 2回目 | 3回目 |  | | 円 |  |  |
| 接種日 | . . | . . | . . |
| □５種混合 | 2期 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 | 円 |  |  |
| 接種日 | . . | . . | . . | . . | . . |
| □４種混合 | 2期 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 | 円 |  |  |
| 接種日 | . . | . . | . . | . . | . . |
| □３種混合 | 2期 |  | | | | 円 |  |  |
| 接種日 | . . |
| □ジフテリア・破傷風 | 2期 |  | | | | 円 |  |  |
| （２種混合） |
| 接種日 | . . |
| □ポリオ | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |  | 円 |  |  |
| 接種日 | . . | . . | . . | . . |
| □BCG |  |  | | | | 円 |  |  |
| 接種日 | . . |
| □水痘 | 1回目 | 2回目 |  | | | 円 |  |  |
| 接種日 | . . | . . |
| □麻しん風しん | 1期 | | 2期 | |  | 円 | Ⅰ  Ⅱ |  |
| 接種日 | . . | | . . | |
| □日本脳炎 | 1回目 | 2回目 | 追加 | 2期 |  | 円 | Ⅰ  Ⅱ |  |
| 接種日 | . . | . . | . . | . . |
| □子宮頸がん | 1回目 | 2回目 | 3回目 |  | | 円 |  |  |
| 接種日 | . . | . . | . . |
| □予診のみ |  | |  | | | 円 |  |  |
| 診察日 | . . | | . . | | |
|  | | | 合計自己負担額 | | | 円 | 償還払  決定額 | 円 |
| 接種医療機関名 | | |  | | | |

添付書類

　（1）予防接種を受けた医療機関等の領収書、（2）予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）、（3）予診票の原本又は写し、（4）口座番号のわかるもの（通帳等）