

定期予防接種費用償還金交付申請書兼請求書（高齢者予防接種用）

年 月 日

福岡市長様

申請者（請求者）

氏名 _____ 被接種者との続柄（ ）

住所 〒 _____

福岡市 _____ 区 _____

電話番号 _____

標記について、福岡市の指定実施医療機関以外の医療機関において定期予防接種を受けましたので、下記のとおり費用の償還金の交付を申請します。

1 被接種者

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	福岡市 _____ 区 ※申請者（請求者）と同じ場合は記載不要です。

2 申請額

予防接種の種類	窓口負担額 A	被接種者負担額 (福岡市設定) B	窓口負担額 －被接種者負担額 C (A-B)	上限額 D	申請（請求）額 (CとDのうち少ない額)
高齢者インフルエンザ					
高齢者肺炎球菌					
合計金額					

※太枠内は記入しないでください。 ※支給額は各年度において予防接種の種類ごとに福岡市が定めた金額が上限となります。

3 振込先

金融機関名	銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号	番号（左づめで記入）	（フリガナ）	
				口座名義	
ゆうちょ銀行口座 への振り込みを希望の場合	店番	口座番号	番号（左づめで記入）	（フリガナ）	
				口座名義	

※申請者（請求者）と被接種者が異なる場合は、下記を記入してください。

委任状

私は、上記申請者（請求者） _____ を代理人と定め、予防接種費用の償還金の「申請（請求） ・ 申請（請求）及び受領」を委任します。

年 月 日

委任者（被接種者） 住所 _____
氏名 _____

保健所受付印

様式第2号

(添付書類)

- ①予防接種の記録が確認できる書類（予防接種済証、予診票の写し等）
- ②領収書原本（接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されているもの）
- ③申請者（請求者）の振込先口座の通帳のコピー（預金名義人等が確認できるページ）

※自己負担免除を受ける場合や、満60歳～64歳の方が予防接種を受けた場合は、証明書類を添付してください。