

予防接種償還払請求書

年 月 日

中標津町長 様

請求者
住 所 中標津町
氏 名
電話番号

予防接種費用を償還していただきたく、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

請求金額 円

他市(区町村)で予防接種を受けた内容

被接種者名：		生年月日：		年	月	日生	請求者との続柄：	
予 防 接 種 名		医 療 機 関 名		回数	接 種 日		接 種 費 用	
					年 月 日		円	
					年 月 日		円	
					年 月 日		円	
					年 月 日		円	
					年 月 日		円	

振込口座

金 融 機 関 名		支 店 名		種 別	口 座 番 号 (右詰めでお書きください。)					(フリガナ) 口 座 名 義
1. 銀行 5. 農協 2. 金庫 6. 漁連 3. 信組 7. 信漁連 4. 信連		本・支店 本・支所 出張所		1. 普通						
		店番号		2. 当座						

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。

予防接種償還払請求書

年 月 日

中標津町長 様

押印を
忘れないで
ください。

【予防接種実施依頼書交付申請書】
に記入いただいた申請者様の
名前をご記入ください。

請求者
住 所 中標津町東 7 条北 3 丁目 3 番地
氏 名 保健 康子 ⑩
電話番号 090-8765-4321

予防接種費用を償還していただきたく、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

請求金額 円
金額は記入しないでください。

□ 他市(区町村)で予防接種を受けた内容

被接種者名：保健 研太		生年月日： 〇年 〇月 〇日生		請求者との続柄： 子	
予 防 接 種 名	医 療 機 関 名	回数	接 種 日	接 種 費 用	
B型肝炎（1）	〇〇クリニック		〇〇年〇〇月〇〇日	円	
小児用肺炎球菌（1）	〃		〇〇年〇〇月〇〇日	円	
ロタ（1）	〃		〇〇年〇〇月〇〇日	円	
五種混合（1）	〃		〇〇年〇〇月〇〇日	円	

□ 振込口座

金 融 機 関 名	支 店 名	種 別	口 座 番 号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ)
				口 座 名 義
1. 銀行 5. 農協 2. 金庫 6. 漁連 3. 信組 7. 信漁連 4. 信連	本・支店 本・支所 出張所	1. 普通		ホケン ヤスコ
	店番号	2. 当座		保健 康子

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。

※対象予防接種は

乳幼児五種混合、四種混合、麻しん、風しん、麻しん風しん混合（MR）、BCG、ポリオ、ロタ、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、日本脳炎、B型肝炎が対象です。

学童は二種混合（ジフテリア・破傷風）、日本脳炎が対象です。

小学6年生から中学3年生の女子、高校1年生相当の女子およびキャッチアップ接種の子宮頸がんワクチンが対象です。

成人は高齢者インフルエンザ、高齢者肺炎球菌、高齢者新型コロナウイルス、高齢者帯状疱疹が対象です。これ以外の予防接種の接種費用は、申請できません。

（法令により「定期の予防接種」として実施する予防接種が対象です。）

※証拠書類について

接種を受けた医療機関の領収書を添付してください。この領収書に「予防接種の費用」、「予防接種名」、「接種を受けた人の名前」が明確に記載されていなければ受理できませんので、領収書を受け取る際には注意して下さい。

なお、証拠書類の無い場合や領収書の複製（コピー等）は受理できません。

※申請する方は、予防接種を受けたお子さんの保護者であることを原則とします。

※口座振替でお支払いいたしますので、支払先金融機関等を正確にご記入ください。

なお、申請する方の口座でなければお支払いできませんので、ご注意ください。

※この申請書は中標津町保健センター健康推進課（Tel0153-72-2733）に提出してください。