

定期予防接種費償還払申請書兼請求書

被 接 種 者	住 所	田原市 (電話)					
	(ふりがな)		生 年	年 月 日			
	氏 名		月 日				
償還申請額		円					
<p>上記のとおり定期予防接種費の償還払を申請します。 なお、償還払が決定した場合は、下記の口座に振り込み願います。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>(被接種者との続柄) 電話</p> <p>田原市長 殿</p>							
振 込 指 定 金 融 機 関							
金融機関名	銀行・農協 信用金庫						本店 支店
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号					
(ふりがな)		支給決定額 (※市記入欄)	円				
口座名義人							

添付書類 (1) 医療機関が発行した定期予防接種の接種費用の「領収書」
 (2) 「予防接種済証」(又は接種事項が記載された「母子健康手帳」、「予防接種履歴手帳」)

ヒブ	接種年月日	初回1回目	年	月	日	
		〃 2回目	年	月	日	
		〃 3回目	年	月	日	
		追加4回目	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用額	円				
	償還申請額	※ 円				
小児用肺炎球菌	接種年月日	初回1回目	年	月	日	
		〃 2回目	年	月	日	
		〃 3回目	年	月	日	
		追加4回目	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用額	円				
	償還申請額	※ 円				
ロタテック	接種年月日	1回目	年	月	日	
		2回目	年	月	日	
		3回目	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用額	円				
	償還申請額	※ 円				
ロタリックス	接種年月日	1回目	年	月	日	
		2回目	年	月	日	
		医療機関名				
		接種費用額	円			
	償還申請額	※ 円				
B型肝炎	接種年月日	1回目	年	月	日	
		2回目	年	月	日	
		3回目	年	月	日	
		医療機関名				
	接種費用額	円				
	償還申請額	※ 円				
5種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib）	接種年月日	1期初回1回目	年	月	日	
		〃 〃 2回目	年	月	日	
		〃 〃 3回目	年	月	日	
		1期追加	年	月	日	
	医療機関名					
	接種費用額	円				
	償還申請額	※ 円				

BCG	接種年月日	年 月 日
	医療機関名	
	接種費用額	円
	償還申請額	※ 円
水痘	接種年月日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日
	医療機関名	
	接種費用額	円
	償還申請額	※ 円
MR (麻しん・風しん)	接種年月日	1・2期 年 月 日
	医療機関名	
	接種費用額	円
	償還申請額	※ 円
日本脳炎	接種年月日	1期初回1回目 年 月 日 " " 2回目 年 月 日 " 追加 年 月 日 2期 年 月 日
	医療機関名	
	接種費用額	円
	償還申請額	※ 円
2種混合 (ジフテリア・ 破傷風)	接種年月日	年 月 日
	医療機関名	
	接種費用額	円
	償還申請額	※ 円
不活化ポリオ	接種年月日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日 追加 年 月 日
	医療機関名	
	接種費用額	円
	償還申請額	※ 円
子宮頸がん予防	接種年月日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日
	医療機関名	
	接種費用額	
	償還申請額	※
RSウイルス	接種年月日	年 月 日
	医療機関名	
	接種費用額	円
	償還申請額	※ 円

※「償還申請額」欄には記入しないでください(「償還申請額」は、「接種費用額」と田原市の定める上限額のどちらか少ない額となります)。