

〈 全額支払った場合の償還払申請書の記入について 〉

第1号様式（第5条関係）

阿賀野市予防接種費償還払申請書

令和 年 月 日

阿賀野市長 加藤 博幸 様

申請者（予防接種を受けた人）
住 所 阿賀野市
氏 名
電話番号

①申請日の記入

②申請者欄の記入
※申請者は、予防接種を受けた本人です。

次に、阿賀野市予防接種費償還払の申請をいたします。
なお、償還要件確認のため、担当職員が私を含む世帯員全員に係る住民基本台帳等の公簿の閲覧を行うことに同意いたします。

申請額 円

※申請額は記入しない市が記入します。

3か所と同じ名前が入ります。

予防接種を受けた人	氏 名	(フリガナ)	性別	
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
予防接種の内容	住 所	阿賀野市		
	申請理由	県外の医療機関で接種し、自己負担額を支払ったため。		
	種別	助成金額	種別	助成金額
	B C G	円	不活化ポリオ	円
	ヒブ	円	小児用肺炎球菌	円
	四種混合	円	三種混合	円
	麻しん風しん(MR1期)	円	麻しん風しん(MR2期)	円
	日本脳炎(1期)	円	日本脳炎(2期)	円
	二種混合	円	子宮頸がん予防	円
	インフルエンザ	円	高齢者肺炎球菌	円
	水痘	円		円

振込先口座（申請者名義） ※振込先口座の写しを添付してください。

振込先	金融機関名	銀行・農協 信組・信金		店番号		支店
	口座種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	<u>口座名義人</u>					

③振込先口座の記入
※予防接種を受けた本人名義の口座
フリガナの記入も確認ください。

振込先口座確認欄（確認者印）

・①～③に記入漏れのないようにお願いします。

・申請書と一緒に領収書、予防接種証明書、接種を受けた本人名義の通帳(表紙をめくった見開きのページ)のコピーを提出してください。

・健康推進課 健康づくり係(水原保健センター)に提出してください。

【健康推進課 健康づくり係】