

申請日： 年 月 日

予防接種費用償還払い申請書兼請求書（B類疾病）

多 治 見 市 長

県外施設に入所又は県外医療機関に入院中のため、県外医療機関で接種した予防接種費用の償還払いを下記のとおり申請及び請求します。

住 民 番 号 : (保健センターにて記入)

申 請 者 氏 名 :

(※)

(※) 本人の自署でないときは要押印

住 所 :

連 絡 先

生 年 月 日 : 年 月 日 歳

入 所 施 設 名

入院医療機関名

施設・医療機関

所 在 地 :

●振込先金融機関（接種者本人名義の口座に限ります）

金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店	預金種別	普 通 当 座
口 座 番 号		フリガナ 口座名義人		

★注意事項

- 提出書類:①予防接種費の領収書(原本) ②予防接種予診票
- 提出先: 多治見市保健センター窓口 平日のみ
- 申請書の提出締め切り: 接種日と同年度の2月末日まで

請求書提出者の氏名:

接種者との続柄:

平日昼間に連絡の取れる電話番号:

下記の欄は、記入しないでください。

交 付 決 定 額	円	課 長	リーダー	担当者
算 出 基 礎	接種費用_____円(税込) — _____円(令和6年度自己負担額) = _____円 ※償還払いの限度額は、本市が実施する定期の予防接種に係る委託単価の額			

