

## 定期予防接種費用償還払い申請書

熊野町長 様

下記のとおり、定期予防接種費用の償還払いを申請します。

申請者	住所	〒		
	フリガナ		男	生年月日
	氏名		女	年 月 日
	被接種者との続柄		申請者の連絡先	( )
被接種者	フリガナ		男	生年月日
	氏名		女	年 月 日
	予防接種の種類	高齢者肺炎球菌 ・ 带状疱疹（ビケン・シングリックス） 高齢者インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染		
支払金額（合計）	円	支給決定額	円	

次の金融機関預金口座へ振り込んでください。（□に☑）

金融機関名	店舗名	預金種目	□普通 □当座 □貯蓄 □その他			
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	口座番号				
金融機関コード	支店コード					
フリガナ						
口座名義人						

・ゆうちょ銀行の場合は、金融機関コード「9900」、振込用の専用番号（店番3桁、口座番号7桁）を記載してください。（記号5桁、番号8桁ではありません。ご不明な場合は健康推進課にお問い合わせください。）

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入ください。

## 委任状

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

申請者氏名

## 【健康推進課確認欄】

・添付書類

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書等）  
 接種記録が確認できる書類（予診票等）  
 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

(以下は健康推進課記入欄)

【支払金額内訳】

予防接種の種類		世帯	支払済額 (a)	交付上限額 (b)	支給決定額 (a)と(b)のいずれか少 ない額
高齢者肺炎球菌		課税世帯	円	5,750 円	円
		非課税世帯	円	8,250 円	円
带状疱疹 (ビケン)		課税世帯	円	3,310 円	円
		非課税世帯	円	8,210 円	円
带状疱疹 (シングリックス)	1 回目	課税世帯	円	3,310 円	円
		非課税世帯	円	21,410 円	円
	2 回目	課税世帯	円	3,310 円	円
		非課税世帯	円	21,410 円	円
高齢者インフルエンザ		課税世帯	円	3,470 円	円
		非課税世帯	円	4,970 円	円
新型コロナウイルス感染症		課税世帯	円	3,800 円	円
		非課税世帯	円	15,600 円	円
				合 計	円