

四條畷市 高齢者帯状疱疹予防接種費用に係る還付金交付申請書兼請求書

年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
被接種者氏名 _____
電話番号 _____

次のとおり必要書類を添付の上、高齢者带状疱疹予防接種費用に係る還付金の交付申請及び請求をします。なお、還付の際は下記口座へ振り込んでください。

還 付 申 請 理 由 該当する対象に☑ をしてください。		☐ 依頼書を使用して他市で接種をしたため ☐ その他（ ）	
種 別	乾燥弱毒生水痘ワクチン		金 円
	乾燥組換え 帯状疱疹ワクチン	1回目	金 円
		2回目	金 円
請 求 金 額			金 円
振 込 み 先 銀行口座等	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	口座名義（カタカナ）		

《添付書類》

予防接種済証又は当該予防接種の記録が記載された健康手帳、予診票の写し、振込口座のわかるものの写し（通帳またはカードの写し）、当該予防接種に係る領収証以下は記載しないでください。

予防接種の種類	☐ 生ワクチン ☐ 組換え（１回目・２回目）	（受付印） （確認者： ）
接種医療機関名		
接種年月日	年 月 日	