

四條畷市予防接種費用に係る還付金交付申請書兼口座振込依頼書

年 月 日

四條畷市長 宛

申請者 住 所
氏 名

還付決定に係る

被接種者氏名

電話番号

次のとおり必要書類を添付の上、予防接種費用に係る還付金の交付の申請及び請求をします。また、四條畷市立保健センターがこの還付金の交付に必要であると判断し、接種した医療機関等に対して予防接種の内容や費用等について照会すること、及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

なお、還付金の交付を決定した場合は、下記の指定口座に還付金を振り込んでください。

予防接種の種類	高齢者肺炎球菌 ・ 高齢者インフルエンザ ・ 新型コロナ										
費用免除該当者	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 級・2 級 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 1 級										
還付金振込先 ※銀行などの金融機関又はゆうちょ銀行のどちらかを記入してください。	口座名義人	(フリガナ)									
	金融機関	銀行・信組・信金 労金・農協・漁連					本店・支店 出張所				
		口座番号 (左づめ)									
	ゆうちょ銀行	通帳記号					通帳番号 (左づめ)				
1						0					

添付書類

当該予防接種の記録が記載された予診票の写し又は予防接種済証

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	肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナ	(受付印)
接種医療機関名		
接種年月日	年 月 日	
		(確認者：)