

様式第 2 号（第 7 条関係）

太枠内に必要事項を記入してください。

接種費用償還払い申請書

葛 城 市 長 様

下記のとおり、関係書類を添えて定期予防接種に要した費用の償還を申請します。

年 月 日

申請者 住 所 : _____
氏 名 : _____ (印)
生年月日 : _____ 年 月 日 電話番号 : _____

償還対象者氏名	申請者との続柄	生年月日	接種医療機関名		
		年 月 日			
接種した予防接種	☐ 肺炎球菌 ☐ インフルエンザ ☒ 高用量インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ☐ 帯状疱疹(生・組換え (1回目・2回目))				
償還金 振込口座	金融機関名	支店名		支店	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	口座名義人	フリガナ			
	(本人名義に限る)	名義人			

- 【記入上の注意】
- ・ 定期予防接種を委託外医療機関で接種した人のみ記入してください。
 - ・ 医療機関の領収書を添付して、健康増進課（新庄健康福祉センター内）又は當麻庁舎総合窓口課へ提出してください。

※自己負担金の免除を申請される方は、様式第 4 号 免除申請書の提出が必要です。

----- 以下は記入しないでください -----

支払総額	円	支給額＝接種費用(※)－自己負担金 (※)別途定める接種料が上限
支給決定額	円	(計算式記載欄)

課長	課長補佐	課員

委任状

葛城市長 様

代理人

住 所：

氏 名： (被接種者との関係)

生年月日： 年 月 日

電話番号：

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

【令和8年度 接種費用償還払い申請の手続きに関する一切の権限】

令和 年 月 日

住 所：

被接種者 (署名または記名押印)：

生年月日： 年 月 日