

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	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高用量インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 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 (本人名義に限る)	フリガナ ----- 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）又は当麻庁舎総合窓口課へ提出してください。

支払総額	円	自己負担免除	該当 ・ 非該当
支給決定額	円		

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