

定期予防接種費用償還払申請書

年 月 日

能勢町長様

申請者

住所 能勢町

氏名

電話

能勢町定期予防接種実施要綱第8条の規定により、次のとおり接種に要した費用を請求します。  
 なお、町が必要と認める場合には、予防接種を実施した医療機関等に問い合わせることに同意します。

被接種者	氏名		接種を受けた医療機関	名称	
	住所			住所	
	生年月日			電話番号	
委託医療機関で接種できなかった事由					

定期予防接種 (予防接種法第2条第2項)	医療機関支払額	委託単価	請求額
五種混合	円	円	円
四種混合	円	円	円
二種混合	円	円	円
三種混合	円	円	円
単独不活化ポリオワクチン	円	円	円
麻しん風しん混合	円	円	円
日本脳炎	円	円	円
B C G	円	円	円
ヒブ感染症	円	円	円
小児の肺炎球菌感染症	円	円	円
HPV 2価：サーバリックス/4価：ガーダシル	円	円	円
HPV 9価：シルガード	円	円	円
水痘	円	円	円
B型肝炎	円	円	円
ロタウイルス感染症(ロタリックス)	円	円	円
ロタウイルス感染症(ロタテック)	円	円	円
RSウイルス感染症	円	円	円
予診のみ	円	円	円
請求額合計			円

金融機関の名称	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店
預金の種類	1 普通 2 当座 3 貯蓄預金	口座番号
口座名義人	フリガナ	

※次に掲げる書類を添えて、接種日から起算して1年以内に提出してください。

- (1) 医療機関が発行した領収書の写し (2) 接種を記録した母子手帳の写し