

第3号様式（第6条関係）

鹿屋市予防接種費償還払交付申請書兼請求書

年 月 日

鹿屋市長 様

申請者住 所  
氏 名 印  
対象者との続柄（ ）  
連絡先

予防接種の償還払について、鹿屋市予防接種費の償還払に関する要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。（太枠内を記入してください。）

予防接種を受けた者	住所 鹿屋市 氏名 生年月日 年 月 日 （男・女）			
予防接種の種類	接種年月日	接種費用 (ア)	助成上限額 (イ)	(ア)と(イ)の いずれか低い額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
申 請 額				円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人（フリガナ）
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		
(口座名義が申請者と異なる場合) 上記、接種費用に係る償還払の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 印 接種対象者との続柄（ ）				

関係書類

- 接種を受けたことを証するもの（予診票の原本又は写し・母子健康手帳又は接種済証）
- 予防接種費用の領収書（予防接種の種類及び接種日の分かるもの）
- 通帳の写し（銀行名、支店名、種別、口座番号及び口座名義のページ）

注1 償還額は、鹿屋市が鹿屋市医師会と接種日の属する年度に委託契約を締結した委託料の額のいずれか低い額を限度とし、本市が決定した額となります。

2 償還払の申請は、接種日から6か月以内に申請してください。