様式第３号（第８条関係）

　酒田市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**償還払い支給申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| ≪申請者≫ | 住　所　　酒田市 |
| 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 電　話（日中連絡先） |

下記の通り申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏　　名 |  | 男女 | 生年月日 | 　　　　年 　　月 　　日（　　　　　歳） |
| 該当に○を付けてください | （　　）妊娠希望の女性・（　　）妊娠希望の女性の夫、同居家族・（　　）妊婦の夫、同居家族 |

【申請額内訳】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太枠は担当課で記入

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | 実施日 | 接種料金（A） | 助成限度額（B） | 申請額(A)と(B)のうち少ない額 |
| 風しん抗体検査 |  |  | 　　 |  |
| 麻しん風しん予防接種 |  |  |  |  |
| 風しん予防接種 |  |  |  |  |
|  | 申請合計額 |  |

≪振込先≫

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・金庫・農協　　　　　　　　　　　支店・支所 |
| 預金種別 | 　１　普通　　　２ | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | （店名　　　　　　　　　　　　　　　　口座番号　　　　　　　　　　　　　　） |
| 口座名義人(フリガナ) | 　　　　　　　　　　　　　　　（フリガナ　　　　　　　　　　　　　　） |

≪添付書類≫

(１)接種した医療機関等の領収書の原本（内訳がわかるもの）

(２)抗体検査結果の写し、予防接種済証の写し又は予防接種が証明できるもの

(３)妊娠を希望する女性の夫及び同居家族の場合は、女性の抗体検査の結果の写し

(４)妊婦の夫及び同居家族の場合は、当該妊婦の母子健康手帳の抗体検査結果の写し

【委任状】申請者と口座名義人が異なる場合記入してください。

酒田市会計管理者あて　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　私は　　　　　　　　　　　を代理人と定め、下記の権限を委任します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　　　　予防接種費用助成の受領に関する一切の件