

記入例

様式第1号（第5条関係）

令和6年5月1日

四万十市長 様

申請者 住所 **四万十市中村大橋通4丁目10番地**
氏名 **四万十 花子**
電話 **0880-34-1115**
被接種者との関係 **母**

予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり、高知県外にて予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	四万十市 四万十市中村大橋通4丁目10番地		
	氏 名	四万十 太郎	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	令和6年3月1日 （ 0 歳 2 か月）		
依頼する 医療機関又は 市区町村	都立東京病院			
依頼する 予防接種	ロタウイルスワクチン1回目 B型肝炎ワクチン1回目 小児用肺炎球菌ワクチン1回目			
依頼期間	令和6年5月10日 から 令和6年6月15日 まで			
依頼する理由	里帰り出産のため			
滞在先住所	〒 183-XXXX 東京都〇〇市〇〇番地			
連絡者氏名	四万十 花子 (被接種者との関係: 母)	電話	090-XXXX-△△△△	

記入例

様式第3号（第7条関係）

令和6年10月1日

四万十市長

様

申請者 住所 **四万十市中村大橋通4丁目10番地**
氏名 **四万十 花子**
電話 **0880-34-1115**
被接種者との関係 **母**

四万十市予防接種費用償還払申請書兼請求書

高知県外における四万十市予防接種実施規則第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請いたします。

記

枠が足りない場合は、矢印の先のように
枠を増やしてご記入ください。

申請（請求）金額 金 **33,977** 円

（内訳）

被接種者	予防接種の種類	自己負担金額	限度額	申請（請求）額
氏名 四万十 太郎	ロタウイルスワクチン 1回目	16,000 円	15,477 円	15,477 円
	B型肝炎ワクチン 1回目	6,500 円	7,168 円	6,500 円
	小児用肺炎球菌ワクチン 1回目	12,000 円	12,287 円	12,000 円
生年月日 令和6年3月1日	 円 円 円
申請（請求）額合計				33,977 円

交付決定後は、次の金融機関の口座に振り込んでください。

1	ふりがな	しまんと はなこ								
	口座の名義	四万十 花子								
2	金融機関名	四万十	農協					支所		
			銀行	中村	支店					
3	口座の種類及び番号	普通	当座	△	△	△	△	□	□	□

※ 申請者名義の口座に限ります。

※ この申請書は四万十市が交付決定をした後に補助金の請求書として取り扱います。

添付書類

- （1） 予防接種料金を支払ったことを証する書類（原本）
- （2） 予診票の原本又は写し