予防接種費用償還払い申請書

(口座振替申込書兼受領委任状)

年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者(被接種者本人または保護者) 住所 〒

氏名

電話 (連絡先)

私は, 年 月 日付 新 健第 号の2「新潟市予防接種実施依頼書」に 基づき,新潟県外の医療機関に予防接種費用を支払ったので,下記のとおり,関係書類を添えて 予防接種費用の償還払いを申請します。

なお、必要があるときは下記事項について新潟市が医療機関に確認を行うことに同意します。

被接種者

住 所	新潟市 区
氏 名	
生年月日	<u> </u>
接種内容	裏面に記載のとおり
償還払い申請金額	円

振込先 (該当する番号を○で囲んでください。)

下記の口座に振替えてください。

- 1. 申請者と口座が同じ
- 2. 受領委任 (申請者と口座名義が異なる場合。ただし被接種者保護者であること。) 私は、下記の者をもって代理人と定め、受領に関する権限を委任します。

銀行・支店名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 支所・出張所 金融機関コード
口座種別口座番号	口座 1. 普通 口座 種別 2. 当座 番号	店舗コード
口座名義	フリガナ	

- ●必ず医療機関の発行した領収書 (原本) を添付してください。
- ●振込を確実にするため、銀行、支店、口座番号、名義がわかるもの (通帳の写し等) を添付してください。

接種した予防接種

※税込みの金額をご記入ください。 (単位:円)

次位をかり並敬をこれが、たこと。 (中国			(井匹・11)	
接種ワクチン	接種年月日	接種費用 ※ (支払った金額)	償還払い上限額 (新潟市委託料金)	申請金額

今後も県然	外接種費用	償還払いの申請
予定はあり	りますか。	
1. ある		
(年	月ごろ)
2. ない		

申請金額の合計	円

- ●申請金額欄には、接種費用と市が定める償還払い上限額のどちらか少ない方を記入して下さい。
- ●申請期間は原則として予防接種終了後1か月となります。
- ●償還払い上限額は接種した年度によって異なるため、年度をまたいで接種した場合、年度ごと に申請が必要です。年度をまたいで接種される方は申請期限にご注意ください。