

予防接種費用助成申請書

(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助成を申請します。

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 年 月 日生

接種内容 裏面に記載のとおり

助成申請金額 円
(裏面の申請金額の合計を記入して下さい。)

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 種別	1. 普通 2. 当座	口座 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)

接種ワクチン	接種年月日	接種費用※ (支払った金額)	助成上限額 (新潟市委託料金)	申請金額
記載例 B型肝炎 0.25ml	R 5 . 4 . 3	5, 5 0 0 円	5, 4 3 4 円	5, 4 3 4 円

今後も県外接種費用助成の申請予定はありますか。

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助成上限額のどちらか少ない方を記入して下さい。
- 助成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、年度ごとに助成申請が必要です。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。