

年 月 日

練馬区長 殿

申請者 住 所：〒

氏 名：_____
(被接種者との関係)

電話番号：_____-_____-_____

小児インフルエンザ任意予防接種償還払い申請書兼請求書

小児インフルエンザ任意予防接種を全額自費で受けたため、当該費用の一部について償還払いを希望します。ついては、練馬区小児インフルエンザ任意予防接種償還払い要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

なお、支給決定後、下記の申請金額を請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

記

1 被接種者

被接種者 氏 名		生年月日	
住 所	〒		
電話番号			

2 接種を受けた予防接種の種類、接種医療機関および申請金額

※ 太枠内を記入してください。

※ 注射用HAワクチンは接種1回につき2,000円を2回まで、経鼻生ワクチンは接種1回につき4,000円を1回のみ助成します。

※ 生活保護受給中の方は、接種費用全額を記入してください。

予防接種の種類 (該当するものに☑をしてください)	接種日	申請金額 (該当するものに☑をして ください)	決定金額
インフルエンザ	年 月 日	☐ 2,000円 ☐ 4,000円 ☐ ()円	円
☐ 注射用HAワクチン ☐ 経鼻生ワクチン	年 月 日	☐ 2,000円 ☐ ()円	円
合計		円	円

接種医療 機関	名称	
	所在地	
	電話番号	

※複数の医療機関で接種した場合は、以下の余白も利用して名称・所在地・電話番号を記載してください。

3 区が指定する医療機関以外において接種した理由

※該当する項目に☑をしてください。その他を選択した場合は（ ）に理由を記載ください。

- ☐入院中または施設入所中 ☐訪問診療等の医療サービスを利用中
☐保護者等が里帰り中 ☐かかりつけ医が区の指定する医療機関でない
☐その他（ ）

4 振込先（申請者または項目5に記載する代理人名義の口座を記入してください。）

振込先金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協				本 店 支 店 出張所			
金融機関番号・支店番号								
(フリガナ)								
口座名義								
預金種別	1 普通 ・ 2 当座		口座番号					

5 受領委任欄（申請者以外の口座を指定する場合は、必ずご記入ください。）

代理人氏名	
代理人住所	
上記の者を代理人と認め、助成金の受領を委任します。	
申請者氏名：	印

6 誓約・同意事項 ※該当する項目に☑をしてください。

この申請に係る住民基本台帳および医療機関等における情報について、区が必要と認めるときは、区が調査を行うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。	☐ はい ☐ いいえ ☐ 非該当
区が償還払いを行った後、申請内容に偽りや相違があり支給要件に該当しなかったことが判明した場合には、区から支給を受けた費用を返還することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ

7 提出書類の確認 ※添付した書類に☑をしてください。

- ☐申請者の氏名、住所および生年月日が確認できる書類の写し
 ※運転免許証、マイナンバーカード（個人番号記載の裏面は不要）など、いずれかひとつ
☐医療機関が発行する領収書または診療明細書等の小児インフルエンザ任意予防接種費用の内訳が分かるものの原本または写し
☐接種済みの記載がある予診票、予防接種済証の原本もしくは写し、母子健康手帳の写しまたは小児インフルエンザ任意予防接種償還払い申請用証明書（第2号様式）
☐振込希望先金融機関の通帳またはキャッシュカードの写し ※口座番号等確認用
☐生活保護の受給証明書 ※受給中の方のみ
 ※必要書類が不足している等の場合に、追加書類を求めることがあります。