

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

練馬区長 殿

申請者兼被接種者 氏 名： _____

住 所： 〒 _____

生年月日： _____ 年 月 日

電話番号： _____ - _____ - _____

※日中に連絡のとれる番号を記入してください。

R S ウイルス感染症に係る定期予防接種償還払い申請書兼請求書

R S ウイルス感染症に係る予防接種を自費で受けたため、当該費用について償還払いを希望します。ついては、練馬区R S ウイルス感染症に係る定期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 接種を受けた予防接種の種類および接種医療機関ならびに申請金額

※太枠内をご記入ください。

※償還払いの対象は、接種日時点で妊娠28週から36週の方です。

予防接種の種類 (該当するものに☑をしてください)	接種日 (妊娠週数)	申請金額	決定金額
<input type="checkbox"/> 組換えR S ウイルスワクチン (アブリスボ)	年 月 日 (週)	円	円
接種医療機関	名称		
	住所		
	電話番号		

2 申請理由

※該当する項目に☑をしてください。その他の場合は()に理由を記載ください。

入院等の事情により予防接種実施依頼書の交付申請等の手続きが行えなかったため

予防接種の日までに区が発行する予診票が届かなかったため

その他 ()

3 振込先（申請者または項目3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						

4 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

5 誓約・同意事項 ※該当する項目に☑をしてください。

この申請に係る審査のため、住民基本台帳、妊娠届出書の記載内容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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分のRSウイルス感染症に係る定期予防接種費用について、区または他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

6 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

※申請時住所記載の運転免許証、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RSウイルス感染症に係る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、母子健康手帳もしくは予防接種済証の原本もしくは写しまたはRSウイルス感染症に係る定期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

接種日時点の妊娠週数が確認できる母子健康手帳等の写し※分娩（出産）予定日が確認できるページ

※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。