

## 記入例

令和〇年 〇月 〇日

練馬区長 殿

申請者兼被接種者 住 所 練馬区豊玉北6丁目12番1号  
氏 名 練馬 太郎  
生年月日 昭和〇年〇月〇日  
電話番号 012-3456-7890

住民票に記載の住所

自署しない  
場合は押印

練馬区風しん追加的対策事業（第5期定期接種）の接種期間  
乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン等接種償還払い申請書

連絡が取りやすい  
番号を記入

風しん追加的対策事業（第5期定期接種）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、練馬区風しん追加的対策事業（第5期定期接種）の接種期間延長に係る乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン等接種償還払い要綱第7条の規定により、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。

## 1 被接種者

|             |                          |         |             |
|-------------|--------------------------|---------|-------------|
| 被接種者<br>氏 名 | ネリマ タロウ<br>練馬 太郎         | 生 年 月 日 | 昭和〇年 〇月 〇日生 |
| 住 所         | 〒176-8501 練馬区豊玉北6丁目12番1号 |         |             |

住民票に記載の住所

## 2 予防接種の種類および申請金額

| 予防接種の種類（該当するものに<br>☑をしてください） | 接種日                             | 申請金額   | 決定金額                   |
|------------------------------|---------------------------------|--------|------------------------|
| ☑MR（麻疹風しん混合）ワクチン             | 令和〇年〇月〇日<br><del>令和〇年〇月〇日</del> | 〇〇〇〇〇円 | ここは<br>記入しないで<br>ください。 |
| □風しん                         |                                 | 円      |                        |
| 合計                           |                                 | 〇〇〇〇〇円 |                        |

誤字を訂正する場合は、訂正箇所には二重線を引いた上で  
押印または署名し、新しい文言を記入してください。医療機関で予防接種を受けた際、  
実際に支払った金額を記入してください。予防接種を受けた  
医療機関について  
記入してください。

〇〇クリニック  
練馬区〇〇町〇丁目〇番〇号  
〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

申請金額の合計を記入  
してください。

（裏面にて振込先口座情報をご記入ください。）

3 振込先（申請者または代理人名義の口座を記入してください。）

|             |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 振込先金融機関     | <input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 金融機関番号・支店番号 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>       |                                                                                                                                                                                                                                             |
| (フリガナ)      | ネリマ タロウ                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 口座名義        | 練馬 太郎 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                                                                                                                                                                                                                                             |
| 口座種別        | <input checked="" type="radio"/> 1 普通 <input type="radio"/> 2 当座                                                                                                                      | 口座番号 <del><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></del> |

振込先情報は通帳などをご確認の上、  
お間違えのないよう記入してください。

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する申請者氏名： | <input checked="" type="radio"/> 印 |

申請者以外の方の口座を指定する場合に  
のみ記入し、押印してください。

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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| 本申請分の定期予防接種等費用について、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 checked="" 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 非該当 |
| 区が費用の助成を行った後、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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                 |

必ずお読みいただき、  
該当する方に☑してください。

7 添付書類 ※添付した書類に☑をしてください。

- ☒ 予防接種の費用が確認できる、医療機関が発行する領収書や診療明細書等の原本または写し
- ☒ 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または予防接種確認書（第4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コピー（口座番号等確認用）
- ☒ 風しん抗体検査の結果、国が定める
- ☒ その他（必要に応じ区が指定する）

その他として、申請者の身分証明書の写し  
（免許証・マイナンバーカード（個人番号記載  
の裏面は不要）等）を添付してください。