年 月 日

練馬区長 殿

申請者兼被接種者 住 所
氏 名
生年月日
電話番号

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
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン等接種償還払い申請書兼請求書

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しん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。

記

1 被接種者

被接種者 氏 名		生年月日	年 月 日生
住 所			

2 予防接種の種類および申請金額

※太枠内をご記入ください。

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	決定金額
☐ MR（麻しん風しん混合）ワクチン		円	円
☐ 風しん単抗原ワクチン		円	円
	合計	円	円

接種医療 機関	名称	
	住所	
	電話番号	

（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	銀行				本店		
	信用金庫				支店		
	信用組合				出張所		
	農協						
金融機関番号・支店番号							
(フリガナ)							
口座名義							
口座種別	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
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。	☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ

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、国が定める十分な量の抗体がないことを証明できる書類の写し
- その他（必要に応じ区が指定するもの）