

# 記入例

様式第4号（第11条関係）

龍ヶ崎市長 様

〇〇年〇〇月〇〇日

必ず押印

申請者・請求者 住所 龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地

申請者・請求者氏名は、口座名義人と同一をお願いします。

氏名 龍ヶ崎 太郎

龍印崎

被接種者との関係 本人

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

（日中連絡が取れるもの）

## 龍ヶ崎市B類疾病予防接種費用償還払申請書兼請求書

龍ヶ崎市B類疾病予防接種事業実施要綱第11条の規定による公費助成額の償還払いについて、次の事項に同意の上、下記のとおり申請し、及び請求します。

- 1 B類疾病予防接種費用償還払申請に係る事務を行うに当たり、世帯の状況等を調査することについて承諾します。
- 2 請求者と口座名義人がやむを得ず違う場合は、下記口座名義人に代金受領の権限を委任します。

※ 接種を受けた方が複数いる場合は、同一世帯の家族に限り申請できます。

被接種者 （接種を受けた者） 氏名・生年月日 接種日時点の年齢	B類疾病予防接種の種類	接種日	※公費 （※市で）
龍ヶ崎 太郎 〇〇年〇〇月〇〇日生 （満〇〇歳）	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナ	〇〇年〇〇月〇〇日	円
年 月 日生 （満 歳）	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナ	年 月 日	円
年 月 日生 （満 歳）	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナ	年 月 日	円

記入しないで  
ください

（裏面に続く）

被接種者 (接種を受けた者) 氏名・生年月日 接種日時点の年齢	B類疾病予防接種の種類	接種日	※公 (※市)
年 月 日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナ	年 月 日	円
年 月 日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナ	年 月 日	円
※合計請求金額 (※市で記載します。)			円

記入しないで  
ください

記入しないで  
ください

振込先

金融機関名	〇〇	銀行	金庫	〇〇〇	本店
			組合		支店
					出張所
口座種別・番号	普通	〇	〇	〇	〇
	当座	〇	〇	〇	〇
フリガナ	リュウガサキ タロウ				
口座名義人	龍ヶ崎 太郎				

<注意事項>

□金額欄は市で記載しますので、空欄のままご提出ください(金額欄の訂正が  
できないため。)

□金額以外の部分を訂正する際は、必ず訂正印の押印をお願いします(二重線  
のみでの訂正や塗りつぶしは不可)。訂正印は、請求印と同一の印をお願いし  
ます。

□領収書には、「〇〇〇〇予防接種料」など、何の予防接種を受けたのかわか  
る記載があるかご確認ください。