第1号様式　1-1(第4条関係)

新宿区定期接種費用償還払申請書

(フリガナ) 被接種者氏名	
生年月日	年　　月　　日（　　歳）
被接種者住所	

申請額	円

振込先金融機関名			銀　行 信用金庫 信用組合					本　店 支　店 出張所		
口座の種類	普通	口座番号								
フリガナ										
口座名義人										

※　振込先の記載に誤りがあると、振り込むことができません。正確に記載してください。

償還決定額は、上記の口座に振り込みください。

年　　月　　日

新 宿 区 長 あ て　　請求者(保護者等)

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話（　　）

請求者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任欄に記入が必要となります。

(委任欄)
私は、上記口座名義人に、被接種者に係る新宿区定期接種費用償還決定額の受取を委任いたします。

年　　月　　日

氏 名

《事務処理欄》

償還決定額	円

住所確認		母子健康手帳等確認		領収書確認		予防接種依頼書確認	

備考欄

第1号様式　1-1(第4条関係）

第1号様式１－２

小児用 肺炎球菌	受診年月日	（１回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（２回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（３回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（追加分）	年　月　日（　歳　か月）
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所　在　地		
	医師の氏名		
B型 肝炎	受診年月日	（１回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（２回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（３回目）	年　月　日（　歳　か月）
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所　在　地		
	医師の氏名		
ロタ ウイルス	受診年月日	（１回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（２回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（３回目）	年　月　日（　歳　か月）
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所　在　地		
	医師の氏名		
五種 混合 （DPT-IPV-Hib）	受診年月日	（初回１回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（初回２回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（初回３回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（追　加　分）	年　月　日（　歳　か月）
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所　在　地		
	医師の氏名		
BCG	受診年月日	年　月　日（　か月）	
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所　在　地		
	医師の氏名		
MR	受診年月日	１期	年　月　日（　歳　か月）
	受診年月日	２期	年　月　日（　歳　か月）
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所　在　地		
	医師の氏名		

第1号様式　1-1(第4条関係)

第1号様式１－２－２

水痘	受診年月日	（１回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（２回目）	年　月　日（　歳　か月）
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所在地		
	医師の氏名		
日本脳炎	受診年月日	１期（初回１回目）	年　月　日（　歳　か月）
		１期（初回２回目）	年　月　日（　歳　か月）
		１期（追加分）	年　月　日（　歳　か月）
		２期	年　月　日（　歳　か月）
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所在地		
	医師の氏名		
DT	受診年月日	年　月　日（　か月）	
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所在地		
	医師の氏名		
子宮頸がん(HPV)	受診年月日	（１回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（２回目）	年　月　日（　歳　か月）
		（３回目）	年　月　日（　歳　か月）
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所在地		
	医師の氏名		
RSウイルス	受診年月日	年　月　日（妊娠　週　日）	
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所在地		
	医師の氏名		
	受診年月日		年　月　日（　歳　か月）
			年　月　日（　歳　か月）
			年　月　日（　歳　か月）
			年　月　日（　歳　か月）
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	所在地		
	医師の氏名		