

(様式第5)

再接種にかかる費用の償還払申請書

| | |
|------------------|-----------------|
| (フリガナ) 被接種者氏名 | |
| 生年月日 | (元号) 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。

(元号) 年 月 日

新宿区長あて 申請者(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、被接種者についての再接種に係る費用償還決定額の受取を委任いたします。 |
| (元号) 年 月 日 |
| 氏名 |

| | |
|-------|---|
| 償還決定額 | 円 |
|-------|---|

| | | | | | | | |
|------|--|-------------------|--|-----------|--|-------------------|--|
| 住所確認 | | 母子健康 手帳等確 認 | | 領収書 確認 | | 対象決定 通知書確 認 | |
|------|--|-------------------|--|-----------|--|-------------------|--|

| |
|----|
| 備考 |
|----|

様式第5-2

| ワクチン | 区分 | 接種日 | 自己負担額 | 医療機関名・所在地・接種医名 |
|-----------------|-----|-------|-------|----------------|
| H i b | 1回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 3回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 追加 | 年 月 日 | 円 | |
| 小児用 肺炎球菌 | 1回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 3回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 追加 | 年 月 日 | 円 | |
| B型肝炎 | 1回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 3回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 四種混合 DPT-IPV | 1回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 3回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 追加 | 年 月 日 | 円 | |
| B C G | | 年 月 日 | 円 | |
| MR | 1期 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2期 | 年 月 日 | 円 | |
| 麻しん | 1期 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2期 | 年 月 日 | 円 | |
| 風しん | 1期 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2期 | 年 月 日 | 円 | |

様式第5-2-2

| ワクチン | 区分 | 接種日 | 自己負担額 | 医療機関名・所在地・接種医名 |
|-------|-----|-------|-------|----------------|
| 水痘 | 1回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 日本脳炎 | 1回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 3回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 追加 | 年 月 日 | 円 | |
| DT | | 年 月 日 | 円 | |
| 子宮頸がん | 1回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 3回目 | 年 月 日 | 円 | |
| ポリオ | 1回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 3回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 追加 | 年 月 日 | 円 | |
| DPT | 1回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 2回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 3回目 | 年 月 日 | 円 | |
| | 追加 | 年 月 日 | 円 | |

(様式第6)

再接種確認書

住 所 _____

被接種者氏名 _____

生 年 月 日 年 月 日 _____

上記の方に、下記のとおり再接種を行いました。

| 種類 <small>※ワクチンごとにお書きください</small> | ロット番号 接種量 | 再接種日 | 金額 |
|--------------------------------------|--------------|------------|----|
| | m l | (元号) 年 月 日 | 円 |
| | m l | (元号) 年 月 日 | 円 |
| | m l | (元号) 年 月 日 | 円 |
| | m l | (元号) 年 月 日 | 円 |
| | m l | (元号) 年 月 日 | 円 |

接種料金合計 _____ 円

年 月 日

新宿区長あて

医療機関名

住 所

医 師 氏 名