

浦添市予防接種費用償還払い申請書兼請求書

令和 年 月 日

浦 添 市 長 殿

申請者氏名 印（続柄： ）

住 所 浦添市

電 話 番 号 — —

標題の件について、浦添市予防接種実施要綱第15条に基づき、下記の通り申請いたします。

記

| | | | | | |
|---------|-------|-------------------|------|-------|-------|
| 被 接 種 者 | フリガナ | | 生年月日 | 大正・昭和 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | 平成・令和 | |
| | 住所 | 〒 901 — 沖縄県浦添市 | | | |
| 接種医療機関等 | 医療機関名 | | | | |
| | 所在地 | 〒 — (電話番号) | | | |

| 接種年月日 | 予防接種名 | 自己負担額 | 接種回数 | 1回あたりの償還限度額 | 償還額 |
|----------|----------------------|-------|------|-------------|-----|
| 令和 年 月 日 | 5種混合(DPT-IPV-Hib) | 円 | 回 | 21,318 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | 〃 | 円 | 回 | 21,318 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | 小児用肺炎球菌(13価・15価・20価) | 円 | 回 | 13,101 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | 〃 | 円 | 回 | 13,101 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | B型肝炎 | 円 | 回 | 8,602 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | 〃 | 円 | 回 | 8,602 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | 4種混合(DPT-IPV) | 円 | 回 | 12,441 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | 〃 | 円 | 回 | 12,441 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | Hib(ヒブ) | 円 | 回 | 10,616 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | 〃 | 円 | 回 | 10,616 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | ロタリックス | 円 | 回 | 16,566 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | 〃 | 円 | 回 | 16,566 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | ロタテック | 円 | 回 | 11,539 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | 〃 | 円 | 回 | 11,539 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | BCG | 円 | 回 | 13,046 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | | 円 | 回 | 円 | 円 |
| 令和 年 月 日 | 予診料 | 円 | 回 | 1,100 円 | 円 |
| | 合計 | 円 | 回 | | 円 |

- (備考) 1 申請額は自己負担額と償還限度額のうち、少ない額に接種回数を掛けた額となります。
 2 申請者はこの様式を記入の上、以下の書類等を持参し、接種した日から1年以内に浦添市まで提出してください。
 ・予防接種実施医療機関等が発行した領収書(明細のわかるもの) ・親子(母子)健康手帳等の写し
 ・通帳の写し(振込先金融機関名、支店名、口座番号、口座名義のわかるもの) ・認印