

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	平成・令和	年 月 日
	氏 名				
	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	円	円
令和 年 月 日	〃	円	回	円	円
令和 年 月 日	小児用肺炎球菌	円	回	円	円
令和 年 月 日	〃	円	回	円	円
令和 年 月 日	B型肝炎	円	回	円	円
令和 年 月 日	〃	円	回	円	円
令和 年 月 日	ロタリックス	円	回	円	円
令和 年 月 日	〃	円	回	円	円
令和 年 月 日	ロタテック	円	回	円	円
令和 年 月 日	〃	円	回	円	円
令和 年 月 日	BCG	円	回	円	円
令和 年 月 日		円	回	円	円
令和 年 月 日	HPV	円	回	円	円
令和 年 月 日		円	回	円	円
令和 年 月 日		円	回	円	円
令和 年 月 日	予診料	円	回	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