

浜松市带状疱疹任意予防接種費用償還払い申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

1 申請者 (申請者が被接種者と異なる場合は、被接種者の同意のもと申請してください。)

フリガナ		接種を受けた者 との続柄	
氏名			
住所	〒 電話番号 ()		

次の事項に同意のうえ、浜松市带状疱疹ワクチン任意予防接種費用の償還を申請します。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、浜松市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

2 被接種者

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/>		生年月日	年 月 日
住所	浜松市 区 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/>			
接種医療機関	名称			
	所在地			
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/>	乾燥弱毒生水痘ワクチン	接種日	年 月 日
	<input type="checkbox"/>	乾燥組換え带状疱疹ワクチン	接種日	年 月 日
			接種日	年 月 日
償還申請額※			円	※償還申請額は3,500円×接種回数 (令和6年4月1日以降に接種したものに限り)

3 振込先口座情報 (口座は被接種者名義とします。)

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫		本店・営業部・支店 支所・出張所						
預金種別	普通・当座		口座番号						
フリガナ									
口座名義									