

豊田市成人男性の風しん予防接種償還払い申請書

令和 年 月 日

豊 田 市 長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (被接種者)	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	氏 名				
	現 住 所	〒			
	電 話 番 号				
ワクチンの種類		☐ 麻しん風しん混合ワクチン			
		☐ 風しん単体ワクチン			
予 防 接 種 を 受 け た 日		年 月 日			
接 種 費 用		円			
接種医療機関	名 称				
	所在地				
	電話番号				

※申請できるのは接種を受けた本人に限ります。

私が受領する接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協								本店 支店 支所	
		金融機関コード						支店番号			
	預 金 種 別	普 通 ・ 当 座									
	口 座 番 号										
	フ リ ガ ナ										
	口 座 名 義 人										

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、豊田市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
この申請書を、豊田市において支給決定をした後は接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
本申請分の予防接種費用について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ

【提出書類】

☐振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

☐接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※**原本に限り**ます。

☐接種記録が確認できる書類（予診票）※**原本に限り**ます。

※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。