

# 予防接種費償還払申請書

令和 年 月 日

函館市長 様

住所  
申請者 氏名  
被接種者との関係

予防接種費の償還払を受けたいので、次のとおり申請します。

被 接 種 者	住所	〒 _____		
	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
保護者氏名			電話	

滞在先住所				
-------	--	--	--	--

予防接種の種類	接種年月日	接種費用 (自己負担分)	償還払決定額	
			※母子保健課記入欄	
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
	年 月 日	円		円
申請額				金 円

振込先金融機関の名称および口座番号等		
振込先銀行等の名称	口座種別・番号	口座名義人
銀行 本店 支店 金庫 出張所	普通 当座	フリガナ

添付書類：この申請に係る予防接種費用の領収書（医療機関等のものに限る。）  
注：申請者と口座名義人は、同一人であること。諸事情により申請者以外の  
口座への振り込みを希望される場合には、裏面の「委任状」に御記入く  
ださい。

受付印

# 委任状

私（委任者）は、次の者（受任者）に函館市から支払われる予防接種費の受領にかかる権限を委任します。

委任者	氏名	印	受任者	住所
				氏名

記載例

予防接種費償還払申請書

令和元年 5月25日

函館市長 様

住所 函館市 五稜郭町23番1号

申請者 氏名 函館 雪子

被接種者との関係 母

予防接種費の償還払を受けたいので、次のとおり申請します。

被 接 種 者	住所	〒040-0001 函館市 五稜郭町23番1号		
	フリガナ	ハコダテ ハナコ	生年月日	平成31年 2月 1日
	氏名	函館 花子	性別	男 ・ <u>女</u>
保護者氏名	函館 太朗	電話	00-0000	
滞在先住所	札幌市中央区北1条西2丁目			
予防接種の種類	接種年月日	接種費用 (自己負担分)	償還払決定額 ※母子保健課記入欄	
ヒブ1回目	平成31年 4月 20日	8,000円	円	
小児用肺炎球菌1回目	平成31年 4月 20日	11,000円	円	
B型肝炎1回目	平成31年 4月 20日	6,000円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
申請額 金 25,000円			金	円

振込先金融機関の名称および口座番号等

振込先銀行等の名称	口座種別・番号	口座名義人
北斗 銀行 本店 五稜郭 <u>支店</u> 金庫 出張所	<u>普通</u> 1234567 当座	フリガナ ハコダテ ユキコ 函館 雪子

添付書類：この申請に係る予防接種費用の領収書（医療機関等のものに限る。）  
注：申請者と口座名義人は、同一人であること。諸事情により申請者以外の  
口座への振り込みを希望される場合には、裏面の「委任状」に御記入く  
ださい。

受 付 印
-------

# 委任状

私（委任者）は、次の者（受任者）に函館市から支払われる予防接種費の受領にかかる権限を委任します。

委任者	氏名	印	受任者	住所
				氏名

申請者と同じ

振込先名義人と同じ