

記入例

令和6年 〇月 〇日

練馬区長 殿

住民票に記載の住所

申請者 住 所：練馬区豊玉北6-12-1

申請者は、被接種者の
保護者様でお願いします。

氏 名：練馬 花子
(被接種者との関係 母)

自署しない
場合は押印

電話番号：012-3456-7890

小児インフルエンザ任意予防接種償還払い申請書兼請求書

小児インフルエンザ任意予防接種を全額自費で受けたため、当該費用の一部について償還払いを希望します。ついては、練馬区小児インフルエンザ任意予防接種償還払い要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

なお、支給決定後、下記の申請金額を請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

記

1 被接種者

被接種者 氏 名	ネリマ サクラ 練馬 さくら	生年月日	平成〇年〇月〇日
住 所	〒176-8501 練馬区豊玉北6-12-1		
電話番号	同上		

住民票に記載の住所

2 接種を受けた予防接種の種類、接種医療機関および申請金額

※ 太枠内を記入してください。

※ 生活保護または中国残留邦人等支援給付受給中の方は、接種費用全額を記入してください。

予防接種の種類 (該当するものに☑をしてください)	接種日	申請金額 (該当するものに☑を してください)	決定金額
インフルエンザ ☑インフルエンザHAワクチン	令和〇年●月●日	☑ 2,000円 □ ()円	円
	令和〇年●月●日	☑ 2,000円 □ ()円	円
合計		4,000円	円

生活保護または中国残留
邦人等支援給付受給中
の方は、下の口をチェッ
クし、接種費用全額を記入

接種医療 機関	名称	〇〇クリニック
	所在地	練馬区豊玉北〇-〇〇-〇
	電話番号	098-7654-3210

接種した医療機関
を記入

※複数の医療機関で接種した場合は、以下の余白も利用して、名称・所在地・電話番号を記載してください。

