

練馬区長 殿

申請者 住 所：

氏 名： _____
 （被接種者との関係 _____）

電話番号： _____ - _____ - _____

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	生年月日
住 所	
電話番号	

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	年 月 日	☐ 2,000円 ☐ ()円	円
	年 月 日	☐ 2,000円 ☐ ()円	円
合計		円	円

接種医療 機関	名称	
	所在地	
	電話番号	

※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。

