

予防接種費用償還払い申請書

北九州市長 様

北九州市予防接種費用の償還払いに関する要綱第4条に基づき、下記のとおり申請します。

	申請日
	年 月 日
申請者	
住所	〒 _____ 北九州市 _____ 区
氏名 <small>(自署又は記名押印)</small>	_____
電話	_____
被接種者氏名	_____
被接種者との続柄	_____

※申請者が被接種者本人でない場合は裏面の委任状が必要です。

(被接種者が未成年で保護者が申請する場合を除く。)

振込先 金融機関名	銀行等の場合		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	()		
	口座番号					(右詰記入)
	ゆうちょ銀行の場合	店名	(右詰記入)			
		口座番号				
預金種目	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	()			

※申請者と振込先口座の名義が異なる場合、裏面の委任状が必要です。
 ※ゆうちょ銀行の場合は振込用の店名・預金種目・口座番号を記載してください。

【添付書類】

- 予診票の写し
- 医療機関発行の領収書(原本)
- 申請者(被接種者が未成年の場合は保護者)名義口座の写し
(口座番号、口座名義等が確認できる部分の写し)
- 減免対象者であることが確認できる書類の写し(B類の予防接種の場合のみ)

区役所受付印

委任状

受任者(申請者又は口座名義人)

住所

氏名

電話番号

私は、上記の者を代理人と定め、定期予防接種の償還払い(申請・受領)に関することを委任します。

令和 年 月 日

委任者(被接種者又は被接種者の保護者)

住所

氏名

(自署又は記名押印)

電話番号