様式第５号（第１６条関係）

償還払

鳥取市B類疾病予防接種費用助成申請書（兼償還払請求書）

申請日　　　　　　年　　　月　　　日

　鳥取市長　様

　標記について、領収書等を添えて申請します。

　なお、償還払いに係る支払いは、下記金融機関に振り込みをお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | ㊞ |
| 氏名 |  |
| ※自署の場合は押印不要 |
| 住民票に記載の住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号 | ※日中連絡のとれる電話番号を記載してください。 |
| 被接種者との続柄 | **□**本人　　**□**同一世帯員　　**□**その他（　　　　　　　　）※「その他」の場合は別途委任状が必要です。 |
| 被接種者 | ふりがな | **□**申請者と同じ |  |
| 氏名 |  |
| 住民票に記載の住所 | **□**申請者と同じ | 〒 |
| 鳥取市 |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日　　※西暦で記入してください。 |
| 申請理由 | **□**契約外医療機関での接種のため　　**□**契約医療機関において実費負担で接種したため |
| 接種項目 | **□**インフルエンザ（小児以外） | **□**高齢者肺炎球菌 | **□**新型コロナ | **□**帯状疱疹 | **□**小児インフルエンザ |
| 接種日 | 年 　月 　日 | 年 　月 　日 | 年 　月 　日 | 年 　月 　日 | 年 　月 　日 |
| **①** | 支払った金額（領収書の金額） | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| **②** | 自己負担額 | 課税世帯 | 　　　　円 | 　　　　円 | 　　　　円 | 　　　　円 |  |
| 非課税世帯 | 　　　　円 | 　　　　円 | 　　　　円 | 　　　　円 |
| 生活保護世帯 | 0円 |
| **③** | 助成額（①－②） | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| **④** | 上限額 | 課税世帯 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 非課税世帯 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 生活保護世帯 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| **⑤** | ③・④のうち**低い額** | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| **申請額（⑤の合計額）** | 　　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 本・支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義（カタカナ） |
| 銀行信金農協 |  | **□**普通**□**当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |

捨印