

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					印
	氏名					
	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	☐ 申請者と同じ				
	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	☐ 带状疱疹	☐ 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	
	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
	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