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 | | | | | | | **□**小児インフルエンザ | |
| 接種日 | | | 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 | |
| **②** | 自己  負担額 | 課税世帯 | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | | | | |  | |
| 非課税世帯 | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | | | | |
| 生活保護世帯 | 0円 | | | | | | | | | | | | | |
| **③** | 助成額（①－②） | | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | | | | | 円 | |
| **④** | 上限額 | 課税世帯 | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | | | | | 円 | |
| 非課税世帯 | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | | | | |
| 生活保護世帯 | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | | | | |
| **⑤** | ③・④のうち**低い額** | | 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