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 2024 年 10月 30日

鳥取市長 様

申請に必要なもの:領収書原本、接種済証、

鳥取市の接種券付き予診票

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。 えきなん たろう ふりがな **印** 駅南 太郎 氏名 ※自署の場合は押印不要 申 \mp 680-0845 住民票に 請 者 鳥取市富安二丁目138-4 記載の住所 0857 - 30 - 8640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。 ☑本人 □同一世帯員 □その他(被接種者との続柄 ※「その他」の場合は別途委任状が必要です。 ふりがな ☑申請者 氏名 と同じ 被接種 住民票に ☑申請者: 記載の住所 と同じ・鳥取市 1959 年 9 月 生年月日 27 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 □インフルエンザ 接種項目 □高齢者肺炎球菌 ☑新型コロナ □小児インフルエンザ (小児以外) 年 接種日 日 月 \exists 2024年10月27日 年 月 日 支払った金額 (1) 円 (領収書の金額) 円 円 16,000 円 円 円 2,100 円 課税世帯 自己 2 円 円 非課税世帯 700 円 負担額 0 円 生活保護世帯 3 円 円 円 助成額 (①-②) 13,900 円 円 円 課税世帯 13,200 円 4 上限額 円 円 円 非課税世帯 14,600 円 円 円 15,300 円 生活保護世帯 円 円 円 (5) ③・④のうち低い額 13,200 円 申請額(⑤の合計額) 13,200 円 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) 振 銀行 1 2 3 4 5 6 7 エキナンタロウ 込 鳥取市役所 ☑普通 鳥取 先 信金 □当座 農協

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 2024 年 10月 30日

鳥取市長 様

申請に必要なもの:領収書原本、接種済証、

標記について、領収書等を添えて申請します。

減免申請書(または非課税証明書)

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。

	ふりがな		とっとり	たろう							
申請者	氏名		鳥取	太郎						Ð	
										! ※自署の場合は押印不要	
	住民票に		〒 680−0845								
	記載の住所		鳥取市富安二丁目138-4								
	電話番号		0857	-30-	8 6	4 0		※日中連续のしれる	4 電 千平	·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	□ - □ - -	の他()	t別途委任状が必要です。	
被接種者	ふりがな		☑申請者					₩	> m L 10	WINDS EVIN AS CY.	
	氏名		と同じ								
	住民票に		☑申請者	Ŧ							
	記載の住所		と同じ	鳥取市							
	生年月日		1	19	5 9	年	4 月	2 5 日	※西	F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								で接種したため			
	接種項	頁目	□インフルエンザ (小児以外)		口高	系齢者肺炎斑	求菌	☑新型コロナ		□小児インフルエンザ	
	接種日		日			年 月 日		2024年10月27日		年 月 日	
1	支払った金額 (領収書の金額)			円			円	2 100	円	円	
2	(関収者	課税世帯	円				円	2,100 2,100		7	
	自己負担額	非課税世帯		 円			<u>' .</u> 円	700			
		生活保護世帯			L	0円					
3	助成額	(1)-2)	円			円		1,400	円	円	
4	上限額	課税世帯	円				円	13,200	円		
		非課税世帯	'-'-' 円			円		14,600 円		円	
		生活保護世帯						15,300			
⑤	③・④のうち低い額			円 円		円		1,400 円		円	
申請	額 (⑤の	合計額)	1,400 円								
振込先	金融機関名		本・支店名		1	預金種別		口座番号 口座		医名義(カタカナ)	
			銀行	鳥 取市役所	-	☑普通	1 2			トットリタロウ	
			信金農協			□当座	1 1 1 1				