

様式第1号（第5条関係）

藤沢市麻しん・風しん混合ワクチン予防接種（任意接種）償還払い申請書

年 月 日

藤沢市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

保護者	フリガナ	
	氏名	
	現住所	〒
	電話番号	

被接種者	フリガナ		生年	年	月	日
	氏名		月日			
	現住所	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ	〒			
	接種日の住所（申請分のみ記載）					
	1期	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒			
	2期	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒			
	申請理由	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い接種を延期したため <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒性麻しん風しん混合（MR）ワクチン				
	予防接種を	1期		年	月	日
	受けた年月日 （申請分のみ記載）	2期		年	月	日
	申請金額	1期		円	合計	円
	（申請分のみ記載）	2期		円		
	接種医療機関	名称				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称を記載						

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、藤沢市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の麻しん・風しん混合ワクチン予防接種（任意接種）費用について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】

- 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）
※原本又は写し
- 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
- 藤沢市麻しん・風しん混合ワクチン予防接種（任意接種）償還払い請求書
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカード等のコピー（口座番号確認用）
- 藤沢市麻しん・風しん混合ワクチン予防接種（任意接種）償還払い申請用証明書
※接種費用の支払いを証明する書類、又は接種記録が確認できる書類が提出できない場合