

天王寺区子育てスタート応援事業予防接種費用償還申請書

天王寺区長 様

次の事項に同意のうえ、天王寺区子育てスタート応援事業予防接種費用の償還を申請します。

- ① 予防接種費用の償還申請に係る審査のため、申請者の所得状況について、関係公簿で確認すること。
- ② 公簿で確認できない場合には、所得状況が確認できる関係書類の提出に応じること。
- ③ 必要な場合、接種内容等に関して医療機関へ照会すること。

申請者（主たる生計者）

住所	〒 ー 大阪市天王寺区		
フリガナ			印
氏名			
電話番号	() ー お昼間連絡のつく電話番号をご記入ください		
平成26年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 同上		

予防接種を受けた方

フリガナ			性別	男・女
氏名				
生年月日	平成 年 月 日	申請者との続柄		
受けた予防接種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> おたふくかぜ			
接種日	平成 年 月 日			

償還金額等

償還金額	500円 × 枚 = 円
------	--------------

上記予防接種費用の償還については、次の私名義の口座に口座振替されるよう依頼します。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	本店 支店 出張所
金融機関コード		店舗コード	
種目	1 普通預金 2 当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

下記の必要書類とともに天王寺区保健福祉センター 2階22番 福祉サービス担当までご持参ください。

- 医療機関の領収書・予防接種済証等（接種日、接種ワクチン（インフルエンザ・おたふくかぜ）、接種医療機関がわかる書類）・母子手帳
- 予防接種を受診されたお子様の子育てスタート応援券
- 申請者（主たる生計者）の金融機関の通帳またはキャッシュカード
- 印かん（朱肉を使用するもの）

※必要書類等についてご不明の点がございましたら、お問い合わせください。