

平成 年 月 日

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

(あて先) 天王寺区長

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	お屋間連絡のつく電話番号をご記入ください	
平成 年 1 月 1 日 現在の住所	<input type="checkbox"/>	〒 ー	
	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、次の私名義の預金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			

(必要書類)

- 母子健康手帳（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）
- 医療機関の領収書 予防接種（インフルエンザ、おたふくかぜ）の明細が分かるもの
- 予防接種を受けた方（償還を受けようとする金額分）の子育て応援券
- 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）