

# 予防接種費用償還払い申請書

(口座振替申込書兼受領委任状)

年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者 (被接種者本人または保護者)

住所 〒

氏名

電話 (連絡先)

私は、 年 月 日付 新 健第 号の2「新潟市予防接種実施依頼書」に基づき、新潟県外の医療機関に予防接種費用を支払ったので、下記のとおり、関係書類を添えて予防接種費用の償還払いを申請します。

なお、必要があるときは下記事項について新潟市が医療機関に確認を行うことに同意します。

## 被接種者

住 所 新潟市 区

氏 名

生年月日 年 月 日生

接種内容 裏面に記載のとおり

償還払い申請金額 円

(裏面の申請金額の合計を記入して下さい。)

## 振込先 (該当する番号を○で囲んでください。)

下記の口座に振替えてください。

1. 申請者と口座が同じ
2. 受領委任 (申請者と口座名義が異なる場合。ただし被接種者保護者であること。)

私は、下記の者をもって代理人と定め、受領に関する権限を委任します。

銀行・支店名	銀行・信用金庫 農協・信用組合				本店・支店 支所・出張所				金融機関コード
口座種別 口座番号	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号						店舗コード
口座名義	フリガナ								

●必ず医療機関の発行した領収書(原本)を添付してください。

●振込を確実にするため、銀行、支店、口座番号、名義がわかるもの(通帳の写し等)を添付してください。

