

予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

大鰐町長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 被接種者との関係 _____
 電話番号 _____

次のとおり、予防接種を受けましたので、大鰐町予防接種費用の償還払に関する要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 被接種者

氏名		生年月日	年 月 日
住所			

2 予防接種

予防接種の種類	接種年月日	接種金額	※請求金額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円

※請求金額は、大鰐町で使用するため記入しないでください。

3 振込先

金融機関名		支店名		預金種別	当座・普通
口座番号					
フリガナ					
口座名義					

※振込先の口座名義人は、申請者と同一の方としてください。

【添付書類】

- 接種した医療機関等の領収書（接種した予防接種が確認できるもの）
- 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳又は予防接種済証）
- 予診票等の原本又は写し
- 振込先の金融機関、支店、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）がわかる通帳等の写し