

予防接種費償還払申請書

（平川市高齢者等肺炎球菌予防接種費助成事業分）

年 月 日

平 川 市 長 様

住 所 平川市

申請者氏名

（自署記名押印不要）

電 話 番 号 —

高齢者等肺炎球菌予防接種費の償還払いについて、平川市高齢者等肺炎球菌予防接種費助成事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて次のとおり請求します。

|             |     |
|-------------|-----|
| 被接種者氏名      | 氏名  |
| 接種場所        | 平川市 |
| 医療機関に支払った費用 | 円   |

（振込口座）

|                 |           |    |
|-----------------|-----------|----|
| 金融機関名           | 銀行        | 本店 |
|                 | 金庫        | 支店 |
|                 | 組合        | 支所 |
| 預金種別            | 普 通 ・ 当 座 |    |
| 口座番号            |           |    |
| （フリガナ）<br>口座名義人 |           |    |