

(別紙様式3)

定期予防接種費償還払申請書

年 月 日

平川市長様

住所
申請者
氏名
(被接種者との続柄)
電話番号

次のとおり予防接種を受けましたので、関係書類を添えて、接種費用の償還払いを申請します。

被接種者	フリガナ 氏名 生年月日	年 月 日
住所	平川市	

接種年月日	予防接種名	接種金額	※助成金額
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
※助成金額		円	円

※助成金額はこちらで記入しますので、記入しないでください。

振込先	金融機関名	銀行	本店
		金庫	支店
		農協	出張所
預金種別	普通・当座	口座 番号	
(フリガナ) 口座名義人	()		

※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。

※医療機関の発行する領収証、接種記録を確認できる書類（母子手帳の写し等）を添付してください。