

(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。