

予防接種費償還払申請書

（平川市高齢者等带状疱疹（定期）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 —

高齢者等带状疱疹予防接種費の償還払いについて、平川市高齢者等带状疱疹（定期）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 金庫 組合	本店 支店 支所
預金種別	普 通 ・ 当 座	
口座番号		
（フリガナ） 口座名義人		