

八百津町長 様

申請者(保護者)

住所 〒

氏名

印

(被接種者との続柄:)

電話番号

予防接種費償還払申請書兼請求書

予防接種費の償還払を受けたいので、八百津町予防接種の償還払いに関する要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

記

1. 被接種者

(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 -		

2. 予防接種

予防接種の種類	接種日	支払金額	※町記載欄	
			単価	助成金額

3. 振込先

銀行名	銀行・組合 信用金庫	支店名	本店 支店・支所
口座番号		口座種別	普通 ・ 当座
ふりがな			
口座名義			

4. 関係書類

- (1) 接種した医療機関の領収書の原本(接種した予防接種の種類及び接種日の分かるもの)
- (2) 予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳、予防接種済証等)
- (3) 予診票の原本
- (4) その他町長が必要と認める書類

※ 接種日の翌日から起算して6箇月以内に申請・請求すること