

諸塚村任意予防接種費用償還払い申請書兼請求書

令和 年 月 日

助成回数は、現在の所1人各1回までです。すでに助成を受けていないか、必ず確認をお願いします。

申請者 住所 諸塚村大字く家代セツ山 >

氏名 印

続柄(被接種者からみた関係) 接種者本人(成人)か、親の名前で記入します。通帳口座と同じ名義になります。
電話番号

諸塚村任意予防接種費用助成要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり償還払いを申請及び請求します。

記

| | | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------------------|
| ふりがな | | | 生年月日 | S H 年 月 日 | 歳 |
| 被接種者名 | | | | | |
| 請求金額 | 助成額より接種費用が安い場合は、接種費用が助成額になります。 | | 金 | 円也 | 対象年齢内であることをご確認ください。 |
| 予防接種名 接種年月日 (接種した予防接種に○をし、接種年月日を記入) | 予防接種名 | | 接種日 | | |
| | 麻疹・風疹 | | H 年 月 日 | | |
| | 水痘(水ぼうそう) | | H 年 月 日 | | |
| 医療機関名 | | 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) | | | |
| 添付書類 | | 領収書 母子健康手帳 振込先通帳のコピー | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | 預金種別 | | |
| | 銀行 | | 普通 当座 | | |
| | 信用金庫 | | 支店 | | |
| | 農協 | | | | |
| 口座番号 | | 口座名義人 | | | |
| | | (フリガナ) | | | |
| *口座は、被接種者又は親権者の名義でご記入ください。 | | | | | |