第1号様式（第6条関係）

**予防接種費用償還払申請書兼請求書**

年　　　月　　　日

 国見町長　様

**※太枠の中だけ記入してください**。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 請求者氏名（保護者） | 被接種者との関係（　　　　　） |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 予防接種名 | 実施日 | 実施医療機関 | 支払料金 | 町の契約単価 | ※請求金額 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
|  |  |  | 円 | 円 | 円 |
| 合　計　金　額 | 円 |  | 円 |

※請求金額は、町の契約単価が上限となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行・農協 | 本店・支店 | □普通　　□当座 |
| フリガナ |  | 口座番号 |
| 口座名義人氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |

（添付書類）

 □予防接種済証又は当該予防接種の記録を確認できる母子健康手帳

 □医療機関が発行する領収書

 □請求者の振込先通帳の写し