

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