

様式第3号（第8条関係）

蟹江町予防接種費償還払申請書兼請求書

年 月 日

蟹江町長 殿

住 所
申請者 氏 名
電話番号

予防接種費の償還払を受けたいので申請します。なお、決定のうえは下記の振込先に振り込んでください。

金 円

被接種者	住 所	蟹江町		
	氏 名			
	生年月日	年	月	日（満 歳）
予防接種の種類及び内容（回数）		受診医療機関名		
子どもインフルエンザ予防接種（ 回）				

振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 農協 支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	()		

- ※添付書類 (1)予防接種料金を支払ったことを証する書類（領収書）
(2)当該予防接種の接種年月日、接種医療機関、被接種者氏名が記載された書類
（母子健康手帳、予防接種済証など）
(3)振込先が確認できる書類（預金通帳）