

蟹江町予防接種費償還払申請書兼請求書

※日付は空欄にしてください
年 月 日

蟹江町長 殿

保護者

申請者

住所

蟹江町西之森七丁目65番地

氏名

保健 花子

電話番号

0567-94-5666

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。

※窓口で添付書類確認後に記入します
金 円

被接種者	住 所	蟹江町 西之森七丁目65番地
	氏 名	保健 太郎
	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇日（満〇歳）
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）		□□病院

振 込 先	金融機関名	〇〇 銀行 本店 信用金庫 農協 △△ 支店
	預金種別	普通 当座 口座番号 1234567
	（フリガナ） 口座名義人	（ ホケンハナコ 保健花子 ）

- ※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）