

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

令和 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		

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（予防接種済証など）
(3)振込先が確認できる書類（預金通帳）

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

令和 年 月 日

蟹江町長 殿

申請者 ご本人
住 所 蟹江町西之森七丁目65番地
氏 名 保健 太郎
電話番号 0567-96-5711

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	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日（満〇〇歳）
予防接種の種類及び内容（回数）		受診医療機関名
高齢者インフルエンザ		〇〇病院

振 込 先 ※本人名義の口座	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	(ホケンタロウ 保健太郎)

- ※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（予防接種済証など）※郵送の場合は写し
(3)振込先が確認できる書類（預金通帳）※郵送の場合は写し