

時津町長 あて

申請者住所

氏名

（被接種者との関係）

連絡先

R S ウイルス母子免疫ワクチン予防接種費用償還払い申請書

予防接種費用の償還払いを受けたいので、時津町R S ウイルス母子免疫ワクチン予防接種費用の償還払いに関する要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

1 被接種者

氏名		生年月日	年 月 日
住所			

2 予防接種（R S ウイルス母子免疫ワクチン）

接種日	支払った費用	※助成限度額	※償還払い額
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

※助成限度額、償還払い額は記入しないでください。

\*償還払い額は、支払った費用と助成限度額のうち、いずれか低い金額になります。

3 振込先

銀行名		支店名	
(フリガナ) 口座名義			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	

4 関係書類

- (1) 予防接種を受けた医療機が発行する領収書
- (2) 児の母子健康手帳の写し（予防接種の記録のページ）
- (3) R S ウイルス母子免疫ワクチン予防接種予診票の写し