

時津町長 あて

申請者住所

氏名

(接種対象者との関係)

連絡先

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、時津町児童の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

接種対象者 氏名		生年月日		性別	
住所					

2 予防接種

予防接種の種類	接種日	支払った費用	※助成限度額	*償還払い額

※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関が発行する領収書
- (2) 母子健康手帳の写し (予防接種の記録のページ)
- (3) 予防接種予診票の写し