

年 月 日

時津町長 あて

申請者住所

氏名 印

(対象児童との関係)

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

対象児童 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)接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）
- (2)予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
- (3)その他町長が必要と認める書類