

様式第5号（第8条関係）

予防接種費償還払申請書兼請求書

年 月 日

中央市長 様

申請者 住所：
氏名： 印
続柄：
電話番号：

下記のとおり、予防接種費の償還払いを申請します。

記

被接種者	住所							
	(フリガナ) 氏名	()						
	生年月日	年 月 日						
予防接種の種類								
申請額（請求額）								円

・償還払いの振込先

金融機関名	銀行 農協 信用金庫 本店 信用組合 支店						
科目	1. 普通 2. 当座	口座番号					
(フリガナ) 口座名義人							

・添付書類 接種した医療機関の領収書の写し

母子健康手帳、予防接種済証その他予防接種の記録が記載されているものの写し