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