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