

様式第1号（第9条関係）

東吾妻町定期予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

東吾妻町長 宛

申請者 住 所

氏 名



電話番号

(被接種者との続柄：)

下記の予防接種を受けたので、接種費用の償還払について関係書類を添えて申請します。

1 被接種者

住 所			
フリガナ		性 別	
氏 名		男 ・ 女	
生年月日	年 月 日 (歳 か月)		

2 予防接種の実施状況等

予防接種名	接種年月日	医療機関名	接種等に要した額 (領収書の金額)
申請額兼請求額	円		

3 振込先金融機関（申請者と同一名義のものに限る。）

銀行 本店			
組合			
金庫 支店			
種 別	普通 当座	口 座 番 号	
フリガナ			
口座名義人			

【添付書類】

- (1) 接種費用に係る領収書
- (2) 母子健康手帳の写し又は接種済証
- (3) 預金通帳の写し又は振込先口座が確認できるもの