

定期予防接種費償還払申請書兼請求書

神流町長 様

年 月 日

申請 (請求) 者	住 所		
	氏 名		印
	署名または押印		
	連絡先	—	—
接種対象者との続柄()			

定期接種に要した金額を、神流町定期予防接種実施要綱第9条の規定に基づき、交付を受けたいので関係書類を添えて下記のとおり申請(請求)します。

記

1 接種対象者

(太枠内記入)

フリガナ			性別	男	・	女
氏 名						
生 年 月 日	年	月	日 (歳	か月)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる場合					
	〒 — 神流町大字					

2 接種内容

定期予防接種の種類	接 種 年 月 日	予 防 接 種 費 用	助 成 金 額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
助 成 金 額 合 計			円

3 振込先口座

金 融 機 関 名				支 店 名 (店 名)			
銀行 組合				本店 支店			
金庫 農協				支所 出張所			
預金種別	普 通 ・ 当 座			フリガナ			
口座番号							口座名義人

4 添付書類

<input type="checkbox"/> 医療機関又は施設が発行した領収書 及び明細書	<input type="checkbox"/> 定期予防接種の予診票の原本 又はその写し
--	--