

年 月 日

玄海町長 様

(申請者)
住 所
氏 名 印
(接種者との続柄)
電話番号

予防接種費用償還払い申請書兼請求書

予防接種の償還払いを受けたいので、玄海町予防接種費用の償還払いに関する事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

- 1 被接種者氏名:
生年月日: 年 月 日
- 2 予防接種の種類:
接 種 日: 年 月 日
- 3 請求金額: _____ 円

4 次の口座に振込をお願いします。

口座 振替 先	金融機関名		支店(支 所)名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※口座名義人は、申請者と同一をお願いします。

※添付書類 ・医療機関発行の領収書(原本)

- ・予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳、予防接種済証等)
- ・予診票原本又はその写し