

滑川市予防接種費用償還払い交付申請書兼請求書

滑川市長 宛

予防接種費用の償還払いを受けたいので、次のとおり申請・請求します。

申請者	ふりがな		接種を受けた者との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

被接種者	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏名					
	保護者氏名					
	予防接種種類		接種年月日	接種費用	交付決定額 (※市で記入)	
			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	
			年 月 日	円	円	
			年 月 日	円	円	
	接種料金合計額			円		
	交付決定合計額 (※市で記入)				円	
	接種医療機関	名称				
住所		〒				

添付書類	1	予防接種費用を支払ったことを証する書類の原本（被接種者氏名、医療機関名、予防接種の種類、接種日、領収金額、領収印が明記してある領収書等）
	2	予診票及び接種券の原本
	3	予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳の写し、予防接種済証等）
	4	振込先の口座が確認できるもの（預金通帳の写し等）

接種費用の償還払いについて、次の口座への振込を依頼します。 ※申請者口座に限る。

振込先口座	金融機関名	銀行・金庫		本店・支店
		組合・農協		支所・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ	.....		
	口座名義人	.....		