

美瑛町風しん予防接種費用助成償還払申請書

年 月 日

美瑛町長様

下記のとおり、予防接種を受けたので関係書類を添えて申請します。
なお、この申請に関し必要に応じて住所、接種状況等を調査することを承諾します。

※ 太枠内のみ記入してください。

| | | | | |
|-----|-----|---------------------------|------|----------------------|
| 申請者 | 氏名 | ふりがな ----- | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 (歳) |
| | 住所等 | 〒 ー 美瑛町 (電話番号 ー ー) | | |

申請者が未成年の場合は、保護者（配偶者含む）欄にも記入願います。

| | | |
|------|---------------|----|
| 保護者等 | 氏名 | 住所 |
| | ふりがな ----- | |

| | | | |
|-------|------|-----------|---------|
| 接種日 | 接種料金 | ワクチンの種類 | 接種医療機関名 |
| 年 月 日 | | 風しん単独 | |
| | | 麻しん・風しん混合 | |

| | | |
|---------|----------------|-------------|
| 償還払振込口座 | 銀行・信金 | 店・支店（普通・当座） |
| 口座番号 | (フリガナ) 口座名義 | |

※申請者と異なる口座名義の場合は委任状が必要となります。

※添付書類として下記の書類を添付・持参してください。

- ①予防接種実施の証明になるもの
(医療機関の証明書等の写し、胎児の父は母子手帳も併せて)
- ②健康保険証・免許証等身分を証明できるもの
- ③実費支払額のわかる領収書
- ④振込口座のわかるものの写し

| | |
|-------------|-----------|
| 備考(※職員記入欄) | |
| 接種費用 | 円 × 0.8 = |
| 助成額 | 円 |
| (10円未満切り捨て) | |