

美瑛町乳幼児等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、この申請に関連し、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 (保護者)	氏名	ふりがな .....	生年月日	年 月 日 ( 歳)	備 考 ※接種者が既婚者 の場合は本人
	住所等	〒 ー 美瑛町 (電話番号 ー ー )		接種者 との 関係	
接種者氏名	氏 名 (ふりがな)		生 年 月 日		
	ふりがな .....		年 月 日 ( 歳)		
予防接種の種類	接種回数及び接種日		接種料金	接種医療機関名	
	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
	3回目	年 月 日			
	追加	年 月 日			
	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
	3回目	年 月 日			
	追加	年 月 日			
	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
	3回目	年 月 日			
	追加	年 月 日			
<b>償還払振込口座</b>					
_____銀行・信金 _____店・支店 (普通・当座)					
(フリガナ)					
口座番号 _____ 口座名義 _____					

※ゆうちょ銀行以外の口座でお願いします。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してください。

- ① 予防接種実施の証明になるもの (予診票、母子手帳、医療機関の証明書等の写し)
- ② 実費支払額のわかる領収書
- ③ 振込口座のわかるものの写し