

様式1号(第8条関係)

定期接種費用給付申請書兼請求書

令和 年 月 日

七戸町長 様

申請者 住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ (印)

被接種者との続柄( )

電話番号: \_\_\_\_\_

次のとおり、定期接種(B類疾病)にかかる費用の償還払いについて、関係書類を添えて申請し請求します。

被接種者	氏名			生年月日	T・S	年	月	日生
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	種別	普通・当座			
	フリガナ							
	口座名義							
定期接種の種類		上限額(A)	接種者支払額(B)	請求額(A)又は(B) いずれか少ない額				
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌ワクチン		8,762円	円	円				
<input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ ワクチン		3,300円	円	円				
右の金額の償還払について申請します。						合計		
						円		

添付資料

- 医療機関等の名称等が記載されている領収書
- 接種済証
- 被接種者名義の預貯金通帳の写し  
(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できるもの)

令和 年 月 日検収 保健福祉課
---------------------