

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:

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及び請求をします。

被接種者	住所	七戸町字		生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日	
	氏名					
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)	接種者支払額から 自己負担額を 差し引いた額 (B)	請求額 (A) 又は (B) いずれか少ない額	
☐ 高齢者肺炎球菌ワクチン			円	円	円	
☐ 季節性インフルエンザワクチン			円	円	円	
☐ 新型コロナワクチン			円	円	円	
☐ 带状疱疹ワクチン(生 ・ 組換え)			円	円	円	
右の金額の償還払について申請します。					合計 円	

※以下は記入しないでください

【必要書類】

- ☐ 定期予防接種費用給付申請書兼請求書
- ☐ 接種済証の写し
- ☐ 医療機関等の名称が記載されている領収書原本
- ☐ 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)

町処理欄				
令和 年 月 日	課長	補佐	係	交付決定額
定期予防接種(B 類疾病)費用の 給付を承認します。				円