

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し請求します。

|   |       |                |                 |                         |            |  |
|---|-------|----------------|-----------------|-------------------------|------------|--|
| 被接種者  | 住所    | 七戸町字           |                 | 生年月日                    | T・S 年 月 日生 |  |
|   | 氏名    |                |                 |                         |            |  |
| 振込先   | 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>農協 | 本店<br>支店<br>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)<br>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<br>ワクチン |       | 3,630円         | 円               | 円                       |            |  |
| 右の金額の償還払について申請します。                          |       |                |                 | 合計<br>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<br>保健福祉課 |
|---------------------|