

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 金庫 農協	本店 支店 出張所	種別	普通・当座		
				口座番号			
	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		
☐ 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		
☐ 带状疱疹ワクチン			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
