

様式1号(第9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: _____ ⑩

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		8,597 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
- 予防接種済証
- 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 健康福祉課
