

予防接種費償還払申請書兼請求書

年 月 日

大洗町長 様

申請者	住 所 :
	日中連絡先 :
	フリガナ氏 名 :
	被接種者との続柄 :

予防接種費の償還払いに関する要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記の通り申請（請求）します。

記

(1) 予防接種を受けた方についてご記入ください。

フリガナ被接種者名	
生 年 月 日	昭和・平成・令和 / 西暦 年 月 日 (歳 か月)
住 所	☐ 申請者と同じ 大洗町

(2) 予防接種を受けた種類・接種年月日・支払金額をご記入ください。

予防接種名	接種年月日	支払金額	助成金額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
助 成 金 額 合 計			円

(3) 振込先の金融機関について記入してください。

金融機関名	銀行・組合 金庫・農協						支 店 名	本店・支店 支所・出張所
口 座 番 号	普通 ・ 当座						フリガナ 口座名義人	
	記号 (※ゆうちょ銀行のみ)							