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： |
| ： |
| 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。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 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）予防接種を受けた医療機関・種類・接種年月日・支払金額をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種を行った医療機関名 | | | |
| （　　　　　　　　　　　　）区・市・町・村 | | | |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 記号（※ゆうちょ銀行のみ） | | | | | | | |