

甲佐町長 様

甲佐町予防接種費償還払申請書兼請求書（B類疾病用）

申請者（被接種者）

住所	〒				
ふりがな					
氏名					
生年月日	年	月	日	年齢	歳

接種費用として、下記のとおり請求します。

記

※太枠のみご記入ください。

予防接種の種類	接種費用	接種費用から自己負担額を差し引いた額	助成上限額	決定額
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円

決定額合計

円

決定に際しては、下記口座にお振込みください。
（※被接種者名義の口座でない場合は、振込ができません。）

振込先	銀行・信用金庫・農協の場合	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 支所	
		預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	ゆうちょ銀行	店番		口座番号	
口座名義人		(ふりがな)			
		氏名			

- （添付書類）
- ☐ 接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）
 - ☐ 予防接種を受けたことを証明するものの写し（予防接種済証等）
 - ☐ 予診票の原本または写し
 - ☐ 被接種者（代筆の場合は代筆者）の身分を証明できるものの写し（マイナンバーカード、運転免許証等）
 - ☐ 振込先が確認できるものの写し

※上記申請について、本人以外の者が代筆した場合は、代筆者氏名及び被接種者との続柄をご記入ください。

代筆者氏名 _____
（被接種者との続柄： _____）

