

甲佐町長 様

甲佐町予防接種費償還払申請書兼請求書（A類疾病用）

申請者 住所
氏名
(被接種者との続柄：)
電話番号

(ふりがな)		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
被接種者氏名			

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。

予防接種の種類及び回数	接種費用	基準費用	決定額
	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。

(※申請者名義の口座をご記入ください。)

金融機関名	本・支店名	金融機関コード	支店コード
銀行・信用金庫 信用組合・農協 漁協	本・支店 本・支所 出張所		
口座種別	口座番号	口座名義人（カタカナ）	
1 普通 2 当座 3 貯蓄			

(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（母子健康手帳等）
- 予診票の原本又は写し
- 申請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