

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。）

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（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： _____）

