

多度津町長様

申請者 住所

氏名 印
(被接種者との関係)

予防接種費償還払申請書兼請求書

予防接種費の償還払を受けたいので、多度津町予防接種費の償還払に関する要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

記

1 被接種者

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
電話番号			

2 予防接種

予防接種の種類	接種日	接種に要した金額	※町が定める自己負担金額	※町の契約単価	※請求金額

※の欄には記入しないでください。

請求金額は、接種に要した金額から町が定める自己負担金額を差し引いた額と、町の契約単価のいずれか低い金額になります。

3 振込先

銀行名		支店名	
(フリガナ) 口座名義人			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	

4 関係書類

- (1) 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)
- (2) 予防接種の記録が記載されているもの (母子健康手帳、予防接種済証等)
- (3) その他町長が必要と認める書類