様式第３号（第６条関係）

早島町予防接種費償還払申請書

年　　　月　　　日

早島町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との関係：　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　－　　　　　－

申請金額　　　　　　　　　　円

予防接種費の償還払を受けたいので、関係書類を添えて下記の通り申請します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 | 接　種　年　月　日 | 支払金額 | 町の契約単価 | 申請金額 |
|  | 年　　　月　　　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | 年　　　月　　　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | 年　　　月　　　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | 年　　　月　　　日 | 円 | 円 | 円 |
|  | 年　　　月　　　日 | 円 | 円 | 円 |
| 合　　　計 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　店　　信用金庫　　　　　　　　　　　　　支店　農業協同組合　　　　　　　　　　　出張所 |
| 種　　　別 | １．普通２．当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |

※予防接種の申請金額は、支払金額と契約単価のいずれか少ない額となります。

≪添付書類≫

・接種した医療機関等の領収書の原本（定期予防接種とわかるもの）

・予診票の原本又は写し

・母子健康手帳又は予防接種済証