

予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

国見町長 様

※太枠の中だけ記入してください。

被接種者氏名		生年月日		年 月 日	
請求者氏名 (保護者)	被接種者との関係 ()				
住所					
電話番号					
予防接種名	実施日	実施医療機関	支払料金	町の契約単価	※請求金額
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
合計金額			円	円	円

※請求金額は、町の契約単価が上限となります。

請求額	円
-----	---

振込先					<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					
	銀行・農協		本店・支店							
	フリガナ				口座番号					
	口座名義人氏名									

(添付書類)

- 予防接種済証又は当該予防接種の記録を確認できる母子健康手帳
- 医療機関が発行する領収書
- 請求者の振込先通帳の写し