

奈義町定期予防接種償還払申請書兼請求書

奈義町長 様

年 月 日

下記のとおり、予防接種費の給付を申請し、請求します。

申請者氏名		(※)		被接種者 との続柄	
		(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			
申請者住所		〒 TEL ( )			
被 接 種 者	フリガナ		被接種者 の生年月日	年 月 日	
	氏 名				

※太枠内には記入しないでください

定期予防接種内訳					
ワクチンの種類	接種回数	償還払限度額 A	接種料金 B	請求額C (AとBのうち少 ない額)	接種医療機関名
	回				
	回				
	回				
	回				
	回				
合計金額					

口座 番号	金融機関名称	( ) 銀行・信用金庫・農協 ( ) 本店・支店・支所
	口座種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	名義人	

町 記 入 欄	給付決定	償還払決定額			
		円			
	決裁	課長	班長	課員	係

- 注意 (1) 被接種者は、接種日において奈義町在住の方に限ります。
- (2) 接種医療機関の領収書・明細書を添付してください。
- (3) 接種の確認をしますので、母子手帳をご持参ください。
- (4) 予防接種を受けた日の年度末までに申請してください。