

## 様式第2号（第5条関係）

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

※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	給付決定額 償還払決定額			
	円			
	課長	班長	課員	係
	決裁			

- 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。