

# A類疾病予防接種費用償還払い申請書

年 月 日

嬭恋村長 熊川 栄 様

保護者 住所 嬭恋村大字  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり、A類疾病予防接種をしましたので、関係書類を添付し接種費用に係る公費負担額償還払いを申請します。

1、接種者 住所 吾妻郡嬭恋村大字 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関 住所 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

2、予防接種年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

3、予防接種の種類 \_\_\_\_\_

4、請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

5、添付書類

- (1) 医療機関の発行した領収書
- (2) 接種年月日、接種の種類が確認できるもの（母子手帳、予診票、等）
- (3) その他

6、振り込み先

金融機関名	
支店名	
預金種目	普通 当座
口座番号	
( ㄉがナ ) 口座名義	