

年 月 日

串間市長 様

申請者住所

氏 名

（被接種者との関係）

予 防 接 種 費 償 還 払 申 請 書 兼 請 求 書

予防接種費の償還払を受けたいので、串間市予防接種費の償還払いに関する要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。

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。

請求金額				
被接種者	住 所	串間市		
	氏 名 <small>（フリガナ）</small>	男・女		
	生年月日	年 月 日生（ 歳 カ月）		
保護者氏名				
電話番号				
振込先	金融機関名	銀行・信金・信組 農協・漁協・労金		本店・支店 出張所
	金融種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人 <small>フリガナ</small>			
予防接種内訳	接種日	予防接種に 要した費用	契約単価	請求金額


関係書類

- (1) 接種した医療機関等の領収書の原本（第3条に規定にする予防接種と分かるもの）
- (2) 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）
- (3) 予診票の原本又はその写し
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類