

寒川町予防接種償還金申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

住所
申請者 氏名 (印) (続柄)
電話番号

年度寒川町予防接種費用の償還を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被接種者 (接種を受けた人)	氏名	〔フリガナ: 〕			
	生年月日	年	月	日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 郵便番号〔 - 〕			
接種の内容	別添のとおり				
予防接種の種類・期別	接種日	接種費用 (A)	償還限度額 (B)	申請額 (C=A・Bのうち少ない額)	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
被接種者負担金の額 (D)				円	
申請額 (合計=C-D)				円	

※償還金を振り込む口座をご記入ください。

金融機関名	銀行(農協・金庫)		支店名							
フリガナ			口座番号							
口座名義人			普通・当座							

- 備考 この申請書には、次の書類を添付してください。
- (1) 予診票寒川町提出用又は予防接種の内容が確認できる書類(母子健康手帳等)
 - (2) 所在市町村又は委託外医療機関が発行した領収書
 - (3) その他町長が必要と認める書類