

寒川町予防接種償還金申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

申請者 氏 名 (印) (続柄)
 住 所
 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
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