

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 (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	☐ 申請者と同じ			
		郵便番号〔 ー 〕			
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 普通 ・ 当座						
口座名義人									

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