

様式第 3 号

本別町予防接種費償還払申請書兼請求書

年 月 日

本別町長 様

住 所
申請者 氏 名
電 話 ()

印

予防接種費償還払いを受けたいので、予防接種に係る償還払い実施要領により関係書類を添えて申請します。なお、住民基本台帳および医療機関等への確認をすることに同意します。

接 種 日	年 月 日	
被接種者氏名		
接種実施医療機関名		
申請接種名	日本脳炎ワクチン	円
合 計		円

【支払い方法】		☐ 現金払い		☐ 口座振込み			
振 込 先	金融機関名	銀行、信用金庫、農協					
		本店、支店、出張所、本所、支所					
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人 (申請人と同一)						

添付書類 ① 問診票の写し ② 領収書 (原本) ③通帳の写し (口座振込みの場合)