

様式第3号（第8条関係）

予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

西原町長 殿

※ 太枠の中だけ記入してください。

被接種者氏名		生年月日	年 月 日		
請求者氏名 (保護者)	㊦ 被接種者との関係 ()				
住 所					
電話番号					
予防接種名	実施日	実施医療機関	支払料金	町の契約単価	※請求金額
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
合 計 金 額			円		円

※請求金額は、町の契約単価が上限となります。

振込先	銀行・農協		本店・支店		※請求金額
					円
	フリガナ		口座番号		
口座名義人氏名					

※請求者と口座名義人が違う場合は、委任状が必要になります。

必 要 書 類	
<input type="checkbox"/>	医療機関発行の領収書
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳等の写し
<input type="checkbox"/>	接種記録後の予診票
<input type="checkbox"/>	請求者の口座名義の通帳写し（代理人の場合は委任状が必要）

申請書受付担当 ()