

様式第3号（第5条関係）

予防接種費用償還払申請書

年 月 日

七飯町長 様

住所
申請者 氏名 印
被接種者との関係

七飯町予防接種費用の償還払に関する要綱第5条に基づき、下記のとおり申請します。

なお、償還払の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会・提供及び医療機関に対する予防接種内容等の照会について同意します。

フリガナ 接種者氏名		生年月日	
電話番号		予防接種 依頼書番号	

予防接種の種類	予防接種に要した費用	償還払決定額（七飯町記入）
申請額	金 _____ 円	_____ 円

<振込先金融機関の名称及び口座番号> 注意：申請者と口座名義人は同一であること

金融機関名	口座番号	口座名義
銀行・金庫 支店・本店	普通 当座	フリガナ

- ※添付書類（1）予防接種実施機関の領収書
（2）予防接種の記録が記載されているもの
（母子健康手帳・予防接種済証等）