

予防接種費償還払申請書兼請求書

年 月 日

六 戸 町 長 殿

申請者：住 所

氏 名

申請者と被接種者が別の場合

：被接種者との続柄 ()

電話番号

次のとおり、予防接種に係る費用の償還払いについて下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

請求額 _____ 円

被接種者 (予防接種を受けた者)	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
接種費支払額					円 (A)
請求内訳 (C)と(D)を比較 して低い方の額	予防接種名		自己負担額 (B)	(A) - (B) = (C)	基準額 (D)
	インフルエンザ (HA ワクチン)	1 回目	1,000 円	円	3,700 円
		2 回目	1,000 円	円	3,700 円
	インフルエンザ (フルミスト点鼻液)		2,000 円	円	7,300 円
	新型コロナウイルス感染症		5,000 円	円	10,600 円
	帯状疱疹	生ワクチン	4,000 円	円	4,860 円
		組換 1 回目	10,000 円	円	12,060 円
組換 2 回目		10,000 円	円	12,060 円	
振 込 先			銀行・信用金庫 農業協同組合 信用組合・労働金庫	本 店 支 店 営 業 所	
	口座種別	普通・当座・その他()			
	口座番号				
	フリガナ				
	名義人				
備 考					