

定期予防接種費（B類疾病）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)		償還払の額 (D)	
	肺炎球菌感染症		円		円		円	
	带状疱疹	生ワクチン	円		円		円	
		組換 1 回目	円		円		円	
		組換 2 回目	円		円		円	
	季節性インフルエンザ		1,000 円		円		3,700 円	
	新型コロナウイルス感染症		5,000 円		円		10,600 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								