

任意予防接種費用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
被接種者との続柄（ ）
電話番号

次のとおり、任意予防接種にかかる費用の償還払いについて、関係書類を添えて申請します。

請求額 円

被接種者 (予防接種を受けた方)	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)
	おたふくかぜ		円		円		円
	季節性 インフル エンザ	HAワクチン1回目	1,000 円		円		3,700 円
		HAワクチン2回目	1,000 円		円		3,700 円
		経鼻弱毒性ワクチン	2,000 円		円		7,300 円
振込先			銀行・信用組合 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						
備考欄							