

様式第2号 (第5条関係)

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 <small>(予防接種を受けた者)</small> | 氏 名 | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 接種費支払額 | 円 (A) | | | |
| 請求内訳 <small>(C)と(D)を比較して低い方の額</small> | 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 | 1,000 円 | 円 | 3,700 円 |
| | 新型コロナワクチン | 3,000 円 | 円 | 12,300 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 | | | | |