

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				