インフルエンザ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、インフルエンザ予防接種にかかる費用の償還払について、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者（予防接種を受けた方） | 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 請求内訳 | (接種費支払額) （Ａ）　　　　 　　　円　－　1,000　円　　＝　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （Ｂ）3,700円 |
| 右の金額の償還払について請求します。　　　　　（Ａ）か（Ｂ）いずれか少ない額　円　 |
| 振込先 | 　　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　農業協同組合　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　信用組合・労働金庫　　　　　　　　　　　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 |  |