

予防接種費用償還払申請書

年 月 日

気仙沼市長 宛

申請者  
住 所  
氏 名  
(接種を受けた人との続柄 )  
電 話

下記のとおり、予防接種費用の償還払を受けたいので、気仙沼市予防接種費用の償還払要綱第6条第1項の規定により申請します。

(※の箇所は記入の必要はありません)

接種を受けた人の氏名					
接種を受けた人の生年月日	年 月 日 ( 歳)				
接種を受けた人の住所	気仙沼市				
受けた予防接種の種類	接種年月日	接種医療機関名	支払金額(A)	※償還上限額(B)	※償還申請額(A)又は(B)のいずれか少ない方

振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。

振込先	金融機関名	銀行 支店 金庫 支所 農協 出張所 組合						
	預金の種別及び口座番号	普通預金 ・ 当座預金						
		口座番号(右づめ)						
	ゆうちょ銀行	通帳記号	1					0
		通帳番号(右づめ)						
	フリガナ							
	口座名義人							

申請に必要な添付書類

- 1 医療機関が発行した予防接種費用の領収書
- 2 医療機関が発行した予防接種済証、医療機関により予防接種名及び予防接種を受けた日が記載された母子健康手帳又は予診票の写しのうちいずれか一つ
- 3 振込先の金融機関名、支店、口座番号、口座名義人等がわかる通帳の写し