

年 月 日

朝日町長 鈴木 浩幸 様

申請者 氏名

印

電話

被接種者との関係

### 予防接種費償還払申請書

下記のとおり、予防接種費の償還払いを申請します。

記

被接種者	住 所			
	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	
保護者等氏名			続柄	
予防接種の種類				
接種日		接種医療機関		
申請金額	円			

振込先金融機関名	銀行・信金・農協	本店・支店・支所	
ふりがな 口座名義		口座 種別	普通・当座
口座番号			

(添付書類)

- (1) 医療機関の領収書の原本（接種した予防接種種類の分かるもの）
- (2) 予防接種の記録が記載されているものの写し（母子健康手帳、予防接種済証）
- (3) 予診票の原本又はその写し
- (4) その他町長が必要と認める書類