

立科町予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

立科町長 様

申請者 住 所 立科町大字  
氏 名

㊞

被接種者との続柄 ( )  
連 絡 先

予防接種費用の償還払いを受けたいので、次のとおり申請・請求します。

1 被接種者

被接種者	ふりがな 氏 名
	生年月日 年 月 日
住 所	立科町大字

2 接種内容と申請金額

	予防接種の種類	接種年月日	接種費用	申請金額
1				
2				
3				
4				
5				
申請金額の合計				

3 振込口座

振込口座	金融機関名	・農協 ・組合 ・銀行 ・金庫	支店 支所
	種 類	普通 ・ 当座	(フリガナ)
	口座番号		口座名義

(添付書類)

- 1 予防接種予診票又はその写し
- 2 予防接種に係る領収書