

予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

あさぎり町長 様

申請者

住 所 あさぎり町

氏 名 続柄（ ）

電話番号

自己負担により支払った下記予防接種の接種費用を償還していただきたく、下記のとおり申請及び請求します。

記

被接種者	フリガナ 氏 名		性 別	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所	あさぎり町				
接種 医療機関	医療機関名					
	所在地	都・道・府・県 市・町・村				

※太枠には記入しないでください。

接種日	ワクチンの種類	期／回数	接種料金	申請額
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
請 求 額			円	

※B類疾病は、予防接種に要した費用から町が定めた自己負担額を差し引いた額を助成します。

振 込 先	金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店
	預金種別	普通・当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義	

（添付書類）

①医療機関発行の領収書

②あさぎり町発行の予診票（原本）

（※注意）

- ・被接種者は、接種日においてあさぎり町に住所を有する方に限ります。
- ・振込先口座は、申請者の口座を記入ください。