

様式第3号 (第4条関係)

予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

四万十町長 様

申請書 (請求者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 続 柄 ( ) \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

接種者氏名		生年月日	年 月 日
住所			
滞在先住所			
接種医療機関	名 称 :		
	所在地 :		

接種年月日	予防接種名及び回数	支払金額 (A)	自己負担金額 (B)	償還払い対象額 (A) - (B) (C)	償還払い上限額 (D)	申請 (請求) 額 (C) と (D) の低い方の金額 (E)
申請 (請求) 額 (E) の合計						

申請者本人名義の口座を指定してください。

振込先	銀行	本店	種 目	口 座 番 号				
	金庫	支店		1. 普通				
	農協	支所	2. 当座					
	ふ り が な							
	口 座 名 義 人							

※申請期限は接種日から1年間です (郵送の場合は申請期限内に必着)。

<添付書類>

- (1) 接種した医療機関等の領収書 (予防接種と分かるもの)
- (2) 母子健康手帳の写し又は予防接種済証の写し
- (3) 振込先通帳の写し (振込先金融機関名、支店名、口座番号・名義の分かるもの)
- (4) 接種後、必要事項を記載された予診票
- (5) その他町長が必要と認める書類