

年 月 日

椎葉村定期予防接種費用助成申請書兼請求書

申請者（未成年の場合は保護者） 住 所 _____

氏 名 _____ 印（続柄 _____）

電 話 _____

被接種者	ふりがな 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						

振 込 先	金融機関名	銀行 農協	本 店 支 店 出張所	種別	普通 当座
	口座番号		フリガナ		
			口座名義人		

※申請者本人名義の口座を指定してください。
※申請期限は接種日から6ヶ月です（郵送の場合は申請期限内に必着）。

- <添付書類>
- (1) 接種した医療機関の領収書の原本
 - (2) 予診票の原本
 - (3) 振込先通帳の写し
 - (4) 乳幼児は母子健康手帳に記録がある場合のみ、母子健康手帳予防接種記録の写し