

様式第1号（第7条関係）

定期予防接種費用償還払い申請書

令和 年 月 日

（あて先）白杵市長

申請者

住 所 〒

氏 名

印

（自署又は記名押印）

（接種者との続柄）

電話番号

下記のとおり、定期予防接種費用の償還払いを申請します。

接種者氏名			
生年月日	年 月 日 生		
接種者住所	白杵市		
県外接種 の理由	1. 病気・出産などによる里帰り 2. 離婚調停中等の理由で県外の他市町村に事実上居住している場合 3. 県外施設入所 4. その他（ ）		
償還払い金額	償還申請額 円		
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	預金種別	当座・普通	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人		

※振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。

【添付書類】

- ・ 接種した医療機関等の領収書
- ・ 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳又は予診票の原本（写し））