

様式第4号(第5条関係)

年 月 日

日野町長 様

申請者住所 日野町

氏名

(被接種者との関係)

予防接種費償還払申請書兼請求書

予防接種費の償還払を受けたいので、日野町予防接種費の償還払に関する要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

1 被接種者

被接種者氏名		生年月日	
住 所	日野町		
電話番号			

2 予防接種

予防接種の種類	接種日	支払料金	町の契約単価	* 請求金額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
合計				円

* 請求金額は、支払料金と契約単価のいずれか低い金額になります。

【添付書類】・接種した医療機関等の領収書の原本(領収印があるもの)

・予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳、予防接種済証等)

・予診票の原本又はその写し

3 支給決定された助成金は下記口座へ振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本・支店 支所 出張所
	フリガナ		種別 普通
	口座名義人		口座 番号