様式第３号（第５条関係）

予防接種費償還払申請書兼請求書

　　年　　　月　　　日

日之影町長　様

申請者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（被接種者との関係：　　　　　）

予防接種費の償還払を受けたいので、日之影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 | 　　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | 〒 |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

＊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。

３　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 |  | 支店名 |  |
| ふりがな口座名義 |  |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |

４　関係書類

（1）　接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）

（2）　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）

（3）　予診票の原本又はその写し

（4）　その他町長が必要と認める書類