

定期接種費用給付申請書兼請求書

令和 年 月 日

七 戸 町 長 様

申請者 住所: _____

氏名: _____

被接種者との続柄()

電話番号: _____

次のとおり、高齢者肺炎球菌ワクチンの接種にかかる費用の償還払いについて、関係書類を添えて申請し請求します。

被接種者	住所	七戸町字			生年月日	昭和 年 月 日生	
	氏名						
振込先	金融機関名	銀行	本店	種別	普通・当座		
		金庫	支店				
	農協	出張所	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義						
定期接種の種類		上限額(A)		接種者支払額(B)		請求額(A)又は(B)のいずれか少ない額(C)	
☐ 高齢者肺炎球菌ワクチン		8,762円		円		円	

※(C)の金額の償還払いについて申請します。

添付資料

- ☐ 医療機関等の名称等が記載されている領収書
- ☐ 接種済証
- ☐ 被接種者名義の預貯金通帳の写し
(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できるもの)

令和 年 月 日検収
保健福祉課