

安芸太田町長 様

安芸太田町予防接種費償還払い申請書兼請求書

申請者 住所：_____

氏名：_____ ⑩

接種者との続柄（_____）

電話番号：_____

町が委託する委託外医療機関で予防接種を受けましたので添付書類を添えて、償還払いを申請します。

ふ り が な				生年 月日	年 月 日 () 歳
接 種 者 名					
接 種 者 住 所				安芸太田町	
請 求 内 訳	予防接種名	(A) 接種費用支払額	(B) 一部自己負担額	(C) (A) - (B)	(D) 上限額
	インフルエンザ	円	1,000 円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
請 求 金 額※		円			

※ (C) か (D) のいずれか少ない額の合計金額

振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・農業協同組合 信用金庫・信用組合													
	支 店 (所) 名	支店													
	預 (貯) 金種目	普通 ・ 当座 ・ その他 ()													
	口 座 番 号														
	フリガナ														
	口 座 名 義														
※接種者と口座名義人が異なる場合は、接種者が下記の委任事項に記名捺印お願いいたします。															
委任状															
上記の請求金額は、上記の振込口座の名義人にその受領する権利を委任します。															
委任者 氏 名								印							

【添付書類】 接種した予防接種の種類の記載がある領収書または写し
予防接種の記録が記載されているものの写し（母子手帳等）