

令和      年      月      日

## 川崎町予防接種償還払交付申請書兼請求書

（宛先） 川崎町長 殿

申請者 住 所 〒  
川崎町

氏 名 印

対象者との関係  
電話番号

予防接種費用の償還払を申請したいので、川崎町予防接種費用償還払に関する要綱第 5 条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

フリガナ						生 年 月 日	
1. 対象者氏名						年 月 日生	
2. 対象者住所		〒 川崎町					
3. 実施医療機関名 及び所在地							
4. 交付申請額		円 ※内訳は裏面に記入してください					
5. 振込口座	金融機関名			銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所	
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					
	口座番号						
	フリガナ						
	口座名義人						

関係書類 1.領収書（写し） 2.予診票（写し） 3.母子健康手帳の写し又は接種済証  
4.振込先の通帳の写し

予防接種内容

予防接種名	内 容	金 額
請求合計額	円	