

様式第1号（第5条関係）

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	