

様式第3号（第5条関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

予防接種費償還払い申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）菊川市長 様

（申請者）

住 所

氏 名

印

（被接種者との続柄）

電 話

下記のとおり、予防接種費の償還払いを申請します。

被 接 種 者	(ふりがな)		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	菊川市	
保 護 者 (被接種者が未成年の 場合は記入)	氏 名		
	住 所		
償 還 額			円

※償還額は、市で記入。

【振込先】

金融機関		本・支店名	
口座番号		預金種別	普通・当座
(フリガナ)			
口座名義人			

ワクチン名	接種年月日	接種費用	医療機関名	償還額 ※
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円
(回目)	年 月 日	円		円

※償還額は、市で記入