様式第３号(第５条第１項関係)

予防接種費用償還金交付申請書

　　年　　月　　日

弘 前 市 長　様

　 　　　　　住所

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　氏名

(被接種者との続柄　　　　　　　　)

電話番号

次のとおり予防接種を受けましたので、関係書類を添えて、接種費用償還金の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ氏　　名生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　　所 | 弘前市大字 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種年月日 | 予防接種名 | 接種金額 | ※償還金額 |
| 年　 月　 日 |  | 円 | 円 |
| 年　 月 　日 |  | 円 | 円 |
| 年　 月 　日 |  | 円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 円 | 円 |
| ※償還金額 | 円 | 円 |

※償還金額はこちらで記入しますので、記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 　　　　　　　銀行　　　　　　　　　本　店　　　　　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　支　店　　　　　　　農協　　　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| (フリガナ)口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※振込先の口座名義人は、申請者と同一の方としてください。

※医療機関の発行する領収証、接種記録を確認できる書類（母子手帳の写し等）を添付してください。