

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。