

定期予防接種費用償還払い申請書兼請求書

泉佐野市長 様

〒

申請者

住所

氏名

印

被接種者との続柄
()

電話

被接種者について、接種費用の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。
また、申請に係る審査に必要があるときは、被接種者が当市在住であることについて確認することを承諾します。
なお、償還払いは下記の指定振込口座へ振り込み願います。

ふりがな				生年月日	年 月 日生	※健康推進課記入欄	
被接種者氏名						歳	
被接種者住所		〒 泉佐野市				住民の有無	支給決定額
予防接種の種類	回数等	接種日	医療機関名称・所在地	接種費用(請求額)			
		年 月 日	名称 所在地	円			円
		年 月 日	名称 所在地	円			円
		年 月 日	名称 所在地	円			円
		年 月 日	名称 所在地	円			円
		年 月 日	名称 所在地	円			円
		年 月 日	名称 所在地	円			円
		年 月 日	名称 所在地	円			円
		年 月 日	名称 所在地	円			円
		年 月 日	名称 所在地	円			円
		年 月 日	名称 所在地	円			円
合計				円			円

指定振込口座	金融機関名	銀行・信金・農協		支店・支所
	口座種別		口座番号	
	口座名義			